



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی  
استان قزوین

## کتابچه توجیهی بدو ورود بیمارستان

امیرالمومنین (ع) بوئین زهرا

تهیه و تنظیم: دفتر بهبود کیفیت و واحد آموزش

عاطفه آقابابایی

لیلا خدایاری

سودابه یحیی پور

آذر ماه ۹۵

## فهرست مطالب

۲	مقدمه
۲-۴	اعتبار بخشی
۴-۵	معرفی شهرستان بوئین زهرا
۶-۹	منشور حقوق بیمار در ایران
۹	بیانیه رسالت و دورنمای بیمارستان
۹-۱۶	معرفی بیمارستان به تفکیک بخشها
۱۷	چارت سازمانی بیمارستان امیرالمومنین(ع)
۱۷-۱۸	راهنمای نقشه بیمارستان
۱۸-۲۰	ایمنی بیمار
۲۰-۲۶	تزریقات ایمن
۲۷-۳۴	کنترل عفونت
۳۴-۳۶	حریق
۳۶-۳۸	مدیریت خطر
۳۸-۴۷	مدیریت بحران
۴۷-۴۸	استانداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان موسسات پزشکی
۴۸-۵۳	امور اداری و مالی
۵۳-۵۶	دستورالعمل ارتقاء شغلی
۵۷	منابع

## بسمه الله الرحمن الرحيم

### مقدمه:

بیمارستان مهم ترین موسسه بهداشتی درمانی با شمار می آید چرا که بازوی مهم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در اولین سطح ارجاع با قلمرو و مسئولیت های مشخص است. سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان را در سطح شهرستان مهم ترین عامل موفقیت در حصول به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ می شمارد.

بیمارستان ها همچون یک واحد صنعتی متشکل از عوامل تولید مانند: سرمایه، نیروی انسانی، فن آوری و مدیریت هستند و با استفاده از تسهیلات ویژه، جهت تولید محصولی به نام "حفظ، بازگشت و ارتقای سلامت جسمانی و روانی افراد جامعه، و نیز انجام تحقیقات پزشکی و آموزش نیروهای ماهر مورد نیاز بخش بهداشت و درمان نقش اساسی ایفا می کنند"

## اعتبار بخشی

اعتبار بخشی بیمارستان ها در مفهوم عام آن به معنی ارزیابی سیستماتیک مراکز و واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت با استانداردها (ضوابط) مشخص است. استانداردهائی که شعار بهبود مداوم کیفیت و محور بودن بیمار و بهبود امنیت بیماران، همراهان، کارکنان و جامعه پیرامون بیمارستان (محیط زیست) تاکید دارد. بدیهی است این مسئله باید در مبانی فکری مدیریت بیمارستانی به عنوان یک اصل تلقی و خط مشی ها مبتنی بر آن ترسیم شود. ارتقاء کیفیت خدمات بیمارستانی با بهره گیری از ابزار اعتبار بخشی تحت شرایطی می تواند پاسخ گوی بخشی از سیاست های کلان نظام سلامت کشور باشد. این ابزار با ایجاد وحدت رویه، تهیه دستورالعمل ها و ابلاغ استانداردهای ملی، زمینه اعمال مدیریت را در برنامه ریزی، هماهنگی، مستندسازی و ارتقای مستمر کیفیت فراهم می نماید. همچنین می تواند زمینه ساز اعتماد بیشتر مردم (متقاضیان خدمت) به درجه و جایگاه بیمارستان باشد.

### انواع استاندارد

- ۱- استانداردهای ساختاری: ارائه خدمت را امکان پذیر می سازد مانند منابع (انسانی، مالی و فیزیکی)
  - ۲- استانداردهای فرآیندی: روش های اجرائی و فعالیت های ما را در بر می گیرد
  - ۳- استانداردهای نتیجه گرا (پیامدی)
- برای استمرار بهبود کیفیت و مدیریت منابع؛ توجه کافی به هر سه نوع استاندارد با توجه به فعالیت های مرتبط با بهداشت و کنترل عفونت در بیمارستان امری اجتناب ناپذیر است.

**کیفیت:** کیفیت مراقبت های بهداشتی درمانی، سطحی از خدمات سلامت است که احتمال نتایج سلامتی را مطابق الزامات از پیش تعریف شده و در حد انتظار افزایش داده و از دانش حرفه ای بهره مند باشد لذا برای تحقق آن می بایست:

- ۱- بهره گیری از تخصص
- ۲- شفاف سازی انتظارات و استاندارد سازی فعالیت ها

۳- توانمند سازی کارکنان ، مراجعین و جامعه

۴- ارزیابی های مستمر ، احصاء داده ها و تحلیل و بررسی نتایج

۵- به اشتراک گذاشتن نتایج و کمک از خرد جمعی- تخصصی در تصمیمات

**در سال های اخیر نظام ارتقای کیفیت متحول شده و مراحل زیر را پیموده است :**

۱- بازرسی : مشاهده ، سنجش ، ارزیابی و آزمون

۲- کنترل کیفیت : روش های اجرایی نیل به الزامات

۳- تضمین کیفیت : ایجاد اطمینان از برآورده شدن خواسته ها

۴- ارتقای مستمر کیفیت : مشارکت جمعی ارکان سازمان برای کسب رضایت مشتری

**محور های اعتبار بخشی بهداشت بیمارستان:**

۱ - الزامات

۲- مدیریت و سازماندهی

۳- مدیریت و توانمندسازی نیروی انسانی

۴- آموزش

۵- کتابچه بهداشت محیط و ایمنی و بروشورهای راهنما۶- بهبود کیفیت ، جمع آوری و تحلیل داده ها

۷- ضوابط عمومی۸- مدیریت پسماندهای پزشکی

۹- جمع آوری و دفع فاضلاب۱۰- آب مصرفی

۱۱- آشپزخانه و بهداشت موادغذائی۱۲- رختشویخانه

۱۳- بهداشت بخش های بستری و ویژه۱۴- اتاق های عمل

۱۵-CSR ۱۶- آزمایشگاه

۱۷- پرتو پزشکی( درمانی - تشخیصی)

۱۸- ایمنی

۱۹- سلامت شغلی

۲۰- سایر موارد( کاربرد سموم و موادگندزدا،مدیریت بحران، بهداشت سردخانه جسد و ...)

آنچه در قالب محور های اعتبار بخشی واحد بهداشت و کنترل عفونت در بیمارستان آمده ملاک های زیر را رعایت نموده و به وحدت رویه کمک خواهد نمود

- قابل اندازه گیری به صورت عینی

- شفاف و واضح
- قابل درجه بندی
- قابل دستیابی
- قابل ارتقاء
- عدم مغایرت با قوانین و مقررات
- مطابق با توانایی ها و فرهنگ سازمان
- قادر به تأمین حداقل های مورد نیاز

### "و این یعنی استاندارد سازی"

## معرفی شهرستان بوئین زهرا

شهرستان بوئین زهرا یکی از پنج شهرستان استان قزوین بوده و مرکز آن شهر بوئین زهرا می باشد به گواه تاریخ نویسان محلی قدمت این شهر به ۹۰۰۰ سال قبل برمی گردد. بوئین زهرا در اصل از ۳ کلمه بو+ ئین+ زرا تشکیل شده است که به معنای چشمه های جوشان م تعلق به الهه پاکی آناهیتا مقدس می باشد. این شهرستان از شمال با شهرستانهای قزوین و تاکستان، از غرب با استان زنجان، از جنوب با استانهای همدان و مرکزی، از شرق با استان تهران و شهرستان الوند همسایه و هم مرز می باشد. گویش اکثریت مردمان آن ترکی و در برخی از شهرها و روستاها به زبان تاتی نیز صحبت می کنند و غالباً به کار کشاورزی و دامپروری مشغول می باشند. از آثار باستانی آن می توان به کلوانسرای شاه عباسی ه جیب، آتشکده آراسنج، دفینه های سگزآباد و پل شاه عباسی اشاره کرد.

این شهرستان دارای چهار بخش مرکزی، دشتابی، رامند و شال است. جمعیت این شهرستان بر طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، برابر با ۱۵۵۰۸۸۹ نفر بوده است استان قزوین تقریباً زلزله خیزترین استان کشور است و شهرستان بوئین زهرا نیز لرزه خیزترین شهرستان آبرجسوب می شود. در سال ۱۳۴۱، زلزله ای در آن رخ داد و ۲۰۰۰۰ نفر جان باختند. شهرستان بوئین زهرا در درجه اول از نظر پسته و سپس گردو و انگور کشت خوبی دارد. در این شهرستان پیاز و پنبه نیز کشت می شود. البته با توجه به آب و هوای بسیار مساعد بوئین زهرا برای کشت پسته ظرف چند سال گذشته سرمایه گذاریهای بسیار عمده ای توسط بخش خصوصی برای توسعه اراضی زیر کشت پسته در این شهرستان صورت گرفته است. شهر بوئین زهرا در محل تلاقی راه های قزوین به ساوه و کرج به همدان قرار دارد. در شهرستان بوئین زهرا بخشی از طوایف ایل شاهسون نیز زندگی می کنند.

کاروانسرای محمد آباد، کاروانسرای هجیب، منطقه تاریخی سگزآباد، تپه زاغه و تپه قبرستان از دیدنی های این شهرستان هستند.

### راه های شهرستان

جاده آسفalte بوئین زهرا کرج جاده آسفalte بوئین زهرا- ساوه جاده آسفalte بوئین زهرا- قزوین جاده آسفalte ای که به رزن و تاکستان و ابهر می رود جاده آسفalte سه راه برزرجین- کلنجین- جاده ساوه.

## زمین‌لرزه‌های بوئین‌زهر (قبل از تفکیک اوج و آبگرم)

بوئین‌زهر منطقه‌ای زلزله‌خیز است و بر روی گسل قرار دارد و تاکنون زمین‌لرزه‌های شدیدی را به خود دیده است که تلفات بسیاری را بر جای گذاشته است که شدیدترین آن مربوط به زمین‌لرزه ۱۰ شهریور ۱۳۴۱ می‌باشد. این زمین‌لرزه‌ها عبارتند از:

- زمین‌لرزه سال ۵۵۶ (تلفات نامعلوم)
- زمین‌لرزه ۱۶ فروردین ۱۲۹۲ (به روایتی ۱۲۰۰ کشته)
- زمین‌لرزه ۱۰ شهریور ۱۳۴۱ (حدود ۱۲ هزار کشته و ۲۷۰۰ زخمی)
- زمین‌لرزه ۱ تیر ۱۳۸۱ (حدود ۲۹۱ کشته و ۱۵۰۰ زخمی)

### معرفی بخش‌ها، شهرها و دهستان‌ها:

بخش	شهرها	دهستان
مرکزی	بوئین‌زهر سگزآباد	دهستان زهرای بالا
		دهستان زهرای پائین
		دهستان سگزآباد
رامند	دانسفهان	دهستان ابراهیم آباد
		دهستان رامند جنوبی
		دهستان یزن
شال	شال	دهستان زین آباد
		دهستان قلعه هاشم
دشتابی	ارداق	دهستان دشتابی شرقی
		دهستان دشتابی غربی

## منشور حقوق بیمار در ایران

### حقوق بیمار

#### ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است .

- ارائه خدمات سلامت باید :

- ۱-۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد ؛
- ۱-۲) بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد ؛
- ۱-۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد ؛
- ۱-۴) بر اساس دانش روز باشد ؛
- ۱-۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد ؛
- ۱-۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیمارانش باشد ؛
- ۱-۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد ؛
- ۱-۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد ؛
- ۱-۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد ؛
- ۱-۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد ؛
- ۱-۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد ؛
- ۱-۱۲) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد ؛
- ۱-۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد؛
- ۱-۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد .  
منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد .

## ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد .

(۲-۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

(۲-۲-۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش ؛

(۲-۱-۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش ؛

(۲-۱-۳) نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛

(۲-۱-۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن ، تشخیص بیماری، پیش آگهی و عوارض آن و نیز کلیه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار ؛

(۲-۱-۵) نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان ؛

(۲-۱-۶) کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند ؛

(۲-۱-۷) ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان ؛

۲-۲ نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

(۲-۲-۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این که :

- تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).

- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد ؛

(۲-۲-۲) بیمار می‌تواند به کلیه‌ی اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید .

## ۳- حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود .

(۳-۱) محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد :

(۳-۱-۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط ؛



۳-۱-۲) انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور ؛

۳-۱-۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش، با اطمینان از اینکه تصمیم گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت ؛

۳-۱-۴) قبول یا رد درمان های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می دهد؛

۳-۱-۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم گیری می باشد ثبت و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه کنندگان خدمات سلامت و تصمیم گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد .

۳-۲) شرایط انتخاب و تصمیم گیری شامل موارد ذیل می باشد :

۳-۲-۱) انتخاب و تصمیم گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه ، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

۳-۲-۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم گیری و انتخاب داده شود .

#### **۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد .**

۴-۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد ؛

۴-۲) در کلیه ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

۴-۳) فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند میتوانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

۴-۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت های پزشکی باشد.

#### **۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است .**

۵-۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید ؛

۵-۲) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند ؛

۵-۳) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود .

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار - مذکور در این منشور - بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید .

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود

## رسالت (Mission) بیمارستان امیرالمومنین (ع)

ما بر آنیم تا با تکیه بر الطاف ایزد منان و با رویکرد عدالت محوری و مشتری مداری در راستای تعالی خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی اقدام نموده و از انطباق خدمات ارائه شده با استانداردها و تضمین ایمنی و بهبود مستمر کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از نیروهای مجرب و متخصص اطمینان حاصل نماییم.

## چشم انداز بیمارستان امیرالمومنین (ع)

آرمان ما بر این است که با اتکا بر قدرت پروردگار و به مدد ایمان، وحدت کاری و تلاش گروهی کارکنان بیمارستان با ارائه خدمات مناسب و بهبود مستمر کیفیت در ردیف بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار قرار گیریم.

## معرفی بیمارستان به تفکیک واحدها

- بیمارستان امیرالمومنین (ع) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی قزوین در مرکز شهرستان بوئین زهرا واقع گردیده است. این بیمارستان با فعالیت در حوزه امور درمانی با تعداد ۶۴ تخت مصوب در خرداد ماه سال ۸۲ به بهره برداری رسیده است.
- علاوه بر بخش اورژانس بخشهای بستری شامل بخش جراحی عمومی، بیماریهای داخلی، بیماریهای زنان و زایمان، اطفال و نوزادان و CCU نیز در این بیمارستان فعال هستند. با توجه به قرارگیری شهر بوئین زهرا در محور ارتباطی استانهای جنوبی و شمالی همچنین استانهای شرقی و غربی کشور این مرکز روزانه شاهد مراجعه تعداد زیادی بیمار ناشی از حوادث رانندگی می باشد. اگر چه بیمارستان در طی فعالیت ۱۳ ساله خود به موقعیتهایی در زمینه جلب اعتماد شهروندان دست پیدا نموده است ولی تاثیر هنوز به ضریب اشغال تخت مطلوب و مورد انتظار نرسیده است و رسیدن به وضعیت مطلوب مستلزم حمایتهای مسئولین و نهادهای استانی و شهرستانی می باشد.

نوع فعالیت	خدمات درمانی
نوع بیمارستان	جنرال

عرصه	۱۲۰۰۰ متر مربع
اعیان	۱۱۰۰۰ متر مربع ( در دو طبقه)
سال بهره برداری	۱۳۸۲
نوع بنا	تیرچه بلوک مقاوم در برابر زلزله
سیستمهای تاسیساتی	هواساز ، اکسیژن ساز مرکزی ، واکيوم مرکزی ، چیلر ، زباله سوز، تصفیه فاضلاب ، ژنراتورهای تولید برق
بخشهای درمانی موجود	بخش زایمان ، بخش بستری زنان و زایمان ، بخش جراحی عمومی ، بخش اطفال و نوزادان ، بخش داخلی ، اورژانس ، ICU ، دیالیز ، اتاق عمل-CCU
بخشهای پاراکلینیک	داروخانه (فعالیت شبانه روزی) -آزمایشگاه (شبانه روزی)-رادیولوژی (شبانه روزی) -سونوگرافی (چهار روز در هفته)

## بخش اورژانس

### بخش اورژانس

اتاقها: ۱- اتاق تحت نظر افا بیان ۲- اتاق تحت نظر خانم ها ۳- CPR ۴- اتاق عمل سر پای

بیماران سر پای در اسکرین ویزیت شده و اقدامات درمانی در خواست شده از قبیل ECG -تزریقات -پانسمان -بخیه و در اورژانس انجام می گیرد.

بیماران اورژانسی وید حال مستقیم وارد اورژانس شده و اقدامات در خواست شده انجام می شود و در صورت نیاز به مشاوره یا ویزیت این امر توسط متخصصین مربوطه انجام می گیرد . بیماران حداکثر تا ۱۲ ساعت در اورژانس تحت نظر نگه داشته می شوند . در این فاصله توسط متخصص تعیین تکلیف شده به بخشهای مربوطه منتقل می شوند.

در صورت نیاز بیمار به اقدامات درمانی تخصصی تر به مرکز استان اعزام می شوند . اعزام بیماران توسط آمبولانس به همراه نیروی فنی (پرستار) انجام می گیرد.

شیفتها بصورت صبح ۳ نفر و یک منشی -عصر ۲ نفر و یک منشی -شب ها ۳ نفر و یک منشی و گاهی ۲ نفر و یک منشی بسته می شود. در هر شیفت جهت طرح انطباق نیروی خانم واقا وجود دارد .

در هر شیفت کاری دو آمبولانس آماده ارائه خدمت می باشند که یکی بصورت مقیم و دیگری بصورت آنکال می باشد

## بخش مامایی بخش زایمان

بخش زایمان بیمارستان امیرالمومنین دارای ۱۰ پرسنل مامایی و ۲ متخصص زنان می باشد

در هر شیفت کاری دو ماما و یک متخصص زنان فعالیت دارند.

### فضای درون بخش

بلوک زایمان شامل ۳ اتاق LDR و یک اتاق ایزوله، اتاق ادمیت (اتاق تریاژ) اتاق تریتمنت - اتاق کثیف - اتاق تمیز - انبار و رختکن می باشد

بیمارانی که اورژانسی / غیر اورژانسی به بخش زایمان مراجعه می نمایند در ابتدا وارد اتاق تریاژ می شوند. در اتاق تریاژ، معاینات لازم صورت می گیرد و تریاژ می شوند و به بخش مربوطه لیبر یا بخش بستری انتقال داده می شوند و یا اقدامات لازم به صورت سرپایی انجام می شود. مسئول تریاژ سرشیفت ها می باشند و فرم های تریاژ در این اتاق موجود می باشد در صورت سرپایی بودن پیس از تکمیل فرم تریاژ در زونکن مربوطه بایگانی یا در صورت بستری ضمیمه پرونده می گردد. NST بیمارانی سرپایی نیز در اتاق معاینه انجام می شود. ترالی اورژانس در این اتاق می باشد

### اتاق های LDR:

اتاق های لیبر به صورت ۳ اتاق LDR از آذر ماه سال ۹۵ راه اندازی شده است. اتاق های LDR یا همان اتاق های تک نفره دارای سرویس بهداشتی مجزا و رختکن برای هر بیمار می باشد که هر یک اتاق به یک مادر باردار و همراه وی اختصاص داده می شود. هر مادر باردار از زمان بستری تا ۲ ساعت پس از زایمان در همین اتاق با همراه خود اقامت دارد و پس از ۲ ساعت بعد از زایمان به بخش پست پارتوم منتقل می شود. تجهیزات هر اتاق LDR شامل: تخت ۸ وضعیتی - کات نوزاد - وارمر - وسایل بی دردی - توپ تولد - و تسهیلات حضور همراه جهت اقامت شامل صندلی تخت خواب شو ف تلفن، یخچال.... در هر اتاق LDR فضایی جهت قرار گرفتن تجهیزات پزشکی از جمله دستگاه NST، پالی اکسی متر، سونیکید فشارسنج و... در نظر گرفته شده است تا این وسایل دور از دید مادر بوده و تا برای مادر استرس را نباشد. همراهان می بایست لباس همراه به تن کنند و سپس وارد اتاق شوند.

### اتاق ایزوله و اتاق پره اکلامپسی:

اتاق ایزوله نیز دارای امکانات و تجهیزات اتاق LDR می باشد علاوه بر آن تجهیزات دارای وسایل حفاظت شخصی (شامل: عینک، گان، چکمه، ماسک و لباس مخصوص و...) می باشد در صورت نداشتن بیمار عفونی بیمارانی پره اکلامپسی در این اتاق بستری می شوند

### در صورتیکه تعداد بیماران بیش از تخت های بخش زایمان باشد:

اگر تمامی اتاق های LDR اشغال باشند یکی از اتاق هایی که فضای بزرگتری دارند جهت بستری بیمارانی سه تخته می شود در این بخش اتاق ایزوله از فضای بزرگتری برخوردار است

### اتاق دارو:

کلیه داروهای بخش زایمان و ترالی احیا نوزاد و ترالی پره اکلامپسی و یخچال دارویی در این اتاق نگهداری می شود به دلیل خاص بودن و نیاز به نگهداری داروها در شرایط خاص هیچ دارویی در خارج از این اتاق نگهداری نشود

## اتاق عمل

بخش اتاق عمل دارای دو اتاق جراحی می باشد که در حال حاضر در آنها جراحی های زنان و جراحی های عمومی و ارتوپدی انجام می شود . که بیمار بعد از عمل جراحی اگر تحت بیهوشی عمومی یا لوکال آنستزیا قرار گرفته باشد به ریکاوری منتقل می شود که در آنجا هم تا stable شدن بیمار و آماده ترخیص شدن از ریکاوری تحت مانیتورینگ قرار می گیرد.

این بخش به صورت ۲۴ ساعته پاسخگوی مراجعین محترم می باشد.

تمامی وسایل مورد نیاز جهت انواع جراحی های عمومی و زنان در این بخش موجود بوده و قابلیت پوشش کامل جراحی های انجام شده را دارد.

## بخش دیالیز

بخش دیالیز در شهرستان بوئین زهرا  
نمای فرد در دو شیفت

کاری هر روز به جز جمعه ها فعال می باشد و در روزهای زوج هم در سه شیفت کاری فعال می باشد . در هر شیفت تعداد ۴ مریض توسط ۲ پرستار طبق ساعت تعیین شده توسط پزشک و محاسبه کفایت دیالیز (KTV) که معمولاً ۳-۴ ساعت می باشد دیالیز می شوند. ویزیت بیماران نیز بصورت روزانه توسط متخصص داخلی انجام می شود . آزمایشات بیماران هر ماه به صورت روتین در اول ماه انجام و به رویت پزشک متخصص می رسد و دستورات دارویی پزشک به اطلاع بیمار رسانده می شود . این بیماران بصورت ماهیانه توسط کارشناس تغذیه ویزیت می شوند و آموزش های لازم در رابطه با تغذیه توسط کارشناس مرتبط و پرسنل بخش صورت می گیرد. در ماه یک روز که جمعه آخر ماه می باشد مختص انجام واشینگ بخش و احیاء دستگاههای تصفیه آب می باشد که توسط یک پرستار و خدمات بخش انجام می پذیرد

## بخش بستری

این بخش شامل  
می شوند.

بخش بستری

قلب و قلب بستری

تقسیم بندی اتاقها بصورت زیر است :

زنان و زایمان	۲ اتاق
جراحی زنان	۱ اتاق
جراحی مردان	۲ اتاق
قلب	۱ اتاق
داخلی زنان	۲ اتاق
داخلی مردان	۳ اتاق

کودکان ۳ اتاق (پنومونی و گاستروانتریت)

ایزوله ۲ اتاق

نوزادان ۲ اتاق

اتاقها دارای اکسیژن و ساکشن مرکزی می باشند.

شیفتها بصورت صبح ۳ نفر و منشی، عصر ۲ نفر و شب ۲ نفر بسته می شود.

در شیفت صبح دو ماما و در شیفت عصر و شب یک ماما حضور دارد.

در هر نوبت کاری یک خدمات خانم و یک خدمات آقا شیفت هستند.

نوزاد در شیفت صبح توسط ماما و به همراهی خدمات با کات تحویل گرفته شده و به اتاق ادمیت بخش بستری منتقل می گردد و پس از انجام مراقبت های اولیه به نزد مادر منتقل می شود.

نوزاد در شیفت عصر و شب توسط مامای بخش زایمان به همراهی خدمات با کات از اتاق عمل تحویل گرفته شده و به مامای بخش بستری تحویل می گردد.

اتاق سپیس: کنار استیشن پرستاری واقع شده و شامل انکوباتور و کات نوزاد می باشد . نوزادان از بدو تولد تا سن ۲ ماهگی که با مشکلات پنومونی- دیسترس- VTI مراجعه می کنند در این اتاق تحت نظر می مانند.

اتاق فتوترایی: ۱ اتاق می باشد که شامل یک دستگاه فتو تراپی ۱۶ لامپه- یک دستگاه ۱۲ لامپه -سه دستگاه فتو تراپی ۸ لامپه- ۲ دستگاه فتوترایی ۴ لامپه می باشد که جهت نوزادان ایکتر مورد استفاده قرار می گیرد

## بخش آیسی یو

بخش سه تخته ICU (یک تخت انموله) در سال ۱۳۸۷ مورد بهبود قرار گرفت.

### بخش ICU

وصل هستند. در صورت بروز نقص در اکسیژن سانتالال تا برطرف شدن مورد از کپسول های اکسیژن استفاده می شود.

دستگاه ویریلاتور داخل بخش وجود دارد.

رئیس بخش متخصص بیهوشی است که پذیرش بیمار در ICU با OK متخصص بیهوشی می باشد.

بیماران داخلی، زنان و جراحی در این بخش بستری می شوند

بیماران بعد از جدا شدن از دستگاه و Stable شدن به بخش بستری منتقل می شوند.

در صورت نیاز به ct اسکن جهت بیماران و مشاوره های خاص به قزوین اعزام می شوند.

تعویض کفش، پوشیدن گان و شستن دست ها قبل از ورود به ICU ضروری است.

## بخش CCU

بخش CCU بیمارستان در سال ۱۳۸۹ با چهار تخت فعال مورد بهره برداری قرار گرفت. ریاست بخش را متخصص قلب و سرپرستاری آن بر عهده کارشناس پرستاری می باشد.

بخش CCU با امکانات:

مانیتورینگ مداوم بیمار، دستگاه تست ورزش، اکو، ECG، D.C شوک، پمپ سرنگ و پمپ انفوزیون و ... قابلیت پذیرش و درمان بیماران با تشخیصهای U.A، ACS، MI و ... را دارا می باشد.

در صورت نیاز به اقدامات تکمیلی مثل آنژیوگرافی و Pace Maker غذای بیماران به مرکز استان اعزام می شوند.

معمولاً تمام تختهای این بخش در اشغال بیماران قلبی می باشد. در صورت اشغال بودن ۳ تخت ICU جهت نجات جان بیماران با کاهش سطح هوشیاری و اینتیوبه، یکی از تختهای CCU با امکان دستیابی به دستگاه ونتیلاتور به صورت موقت تا خالی شدن تخت ICU به این گونه بیماران اختصاص یافته است.

## آزمایشگاه

### واحد آزمایشگاه

۱- قسمت پذیرش: شرح وظایف این بخش عبارتند از: ۱- پذیرش بیماران سر پایی و بستری ۲- ثبت مشخصات بیماران روی وسایل آزمایش و دفتر مربوطه و کامپیوتر ۳- راهنمایی بیماران جهت انجام آزمایش ۴- کنترل نمونه های ارسالی از بخشهای مختلف بیمارستان - دریافت جواب آزمایشات و ثبت آن در کامپیوتر ۵- پرینت جوابها جهت ارائه به مسئول فنی جهت تأیید نهایی ۶- ارائه رسید به بیماران پس از انجام آزمایش ۷- ارائه جوابهای بیماران پس از تأیید نهایی توسط مسئول فنی ۸- ارسال و پیگیری جواب آزمایشات ارجاعی

۲- قسمت آزمایشگاه: شامل بخشهای ذیل می باشد:

۱- بخش بیوشیمی: انجام آزمایشات بیوشیمی به صورت دستی و اتو میشن - کنترل کیفی آزمایشات - تهیه محلولهای مورد نیاز آزمایش  
۲- بخش هماتولوژی: شامل آزمایشات مربوط به بخش هماتولوژی، PT، PTT، CBC، ESR، شمارش سلولی خون و مایعات بدن - تعیین گروه خونی و .... می باشد

۳- انگل شناسی: شامل انجام آزمایشات میکروسکوپی استول وادرار راندم وادرار ۲۴ ساعته و وزن مخصوص ادرار.

۴- بخش هورمون: انجام آزمایشات هورمونی تیروئید و  $\beta$ HCG و آزمایشات عفونی به روش الایزا مانند HBSAg و HIV HCV Ab

۵- بخش میکروب شناسی: انجام آزمایشات کشت روی نمونه های ارسالی شامل ادرار - مدفوع و مایعات بدن و خون آنتی بیو گرام آنها

۶- بخش بانک خون: تهیه فرآورده های خونی و پلاسمایی مانند پک سل و ffp و کرایو و کراس مچ فرآورده ها در صورت نیاز بخش.

۷- بخش پاتولوژی: که در این بخش فقط سیتو لوژی لام های پاپ اسمیر انجام می گردد.

۸- بخش نمونه گیری: نمونه گیری بیماران سرپایی در شیفت های صبح و عصر و شب توسط یک کارشناس انجام می شود

۳- قسمت شستشو و نظافت :

در این قسمت شستشو و استریلیزاسیون لوله ها و ظرفهای آلوده انجام می گردد و وسایل مورد نیاز جهت بخشهای مختلف بیمارستان تامین می شود- نظافت کف و وسکوها ای آزمایش آزمایشگاه قبل و بعد از انجام آزمایش - دفع پسماند های عفونی آزمایشگاه.

## ادله‌های

### واحد رادیولوژی

از تاریخ ... در بیمارستان امیرالمومنین (ع) ... رادیولوژی ... و رادیوگرافی ... انجام شده به

صورت filmless بوده و بر روی لوح فشرده (CD) به بیماران ارائه می شود.

مجهاز به دو دستگاه جهت انجام عکسبرداری از مراجعین محترم می باشد.

یک دستگاه مرکزی که قابلیت انجام کلیه گرافی های ساده و تعدادی از گرافی های رنگی مثل باریتم انا - ترانزیت و IVP را دارد.

گرافی هایی که نیاز به آمادگی (۱۴-۱۲ ساعت ناشتایی - استفاده از روغن کرچک و قرص دایتمیکون و بیزاکودیل) دارند شامل باریتم انا - IVP

و باریتم میل - THORASIC- LUMBAR-L.S

یک دستگاه پر تابل که دامنه کاربرد آن محدود تر بوده و مختص بیماران است که محدودیت حرکت دارند از قبیل (CBR- تروما و بیماران

بستری در بخشهای ویژه (ICU-CCU-OR)

تجهیزات موجود در این مرکز پاسخگوی نیازهای بیمارستان بوده و در صورت نیاز به اقدامات پاراکلینیکی دیگر از قبیل CT و MRI و ... برای

انجام این امور با مرکز درمانی شهر قزوین هماهنگی لازم انجام می شود.

## دانشخانه

### واحد دانشخانه

واحد دانشخانه بیمارستان به صورت شبانه روزی فعالیت می کند که با توجه به واگذاری داروخانه سرپایی به بخش خصوصی این واحد فقط در بخش بستری فعال

است. مسئول فنی این واحد پزشک داروساز می باشد که شیفت حضور وی در ساعات اداری است البته مسئول فنی و مسئول انبار دارویی به صورت ۲۴ ساعت

آنکال بوده و در صورت ایجاد مشکل پاسخگو می باشند.



در شیفت صبح مسئول فنی به همراه مسئول انبار دارویی داروخانه را اداره می کنند. انباردار وظیفه انبارگردانی و تحویل داروهای بخش ها را طبق برنامه هفتگی بر عهده دارد.

داروها و ملزومات موجود در انبار دارویی و اتاق تریتمنت بخش ها پاسخگوی بیماران بستری بیمارستان می باشد.

داروهای مخدر تحت نظارت مسئول فنی داروخانه به تمام بخش ها توزیع می شود به این صورت که در روزهای یکشنبه و چهارشنبه مسئول فنی به از دریافت نسخ مأمور به مهر و امضای پزشک، مترون و پزستار و همچنین رؤیت پوکه الصاقی، داروی مصرفی را با پوکه ی معادل تعویض می کند.

## پذیرش و ترخیص

واحد پذیرش و ترخیص در بخش پذیرش و ترخیص بیمارستان قرار دارد. این واحد در بخش پذیرش و ترخیص بیمارستان قرار دارد. این واحد در بخش پذیرش و ترخیص بیمارستان قرار دارد.

-تشکیل پرونده با توجه به بخش در خواست شده توسط متخصص مربوطه (برگه تشکیل پرونده ی مهر شده توسط متخصص مربوطه یا پزشک عمومی جهت اورژانس)

-صدور قبض جهت واحدهای پاراکلینیکی، درمانگاه تخصصی و اورژانس

-انجام تسویه حساب پرونده بیماران بستری اورژانس و اعزامها در شیفت عصر و شب بر عهده ی این واحد می باشد

تمام فرآیند ترخیص در شیفت صبح توسط واحد ترخیص انجام می شود.

با توجه به تراکم مراجعه کنندگان در شیفت صبح، جهت تسریع ارائه خدمات به مراجعه کنندگان، این واحد در شیفت صبح دو نفره و در شیفت عصر و شب تک نفره می باشد.

## تجهیزات پزشکی

واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان در قسمت اداری قرار دارد. این واحد مسئولیت آموزش کارکنان طبق برنامه آموزشی سالیانه و درخواست کارکنان واحد بالینی، تهیه دستورالعمل های نگهداری پیشگیرانه و کاربری و دستورالعمل های کاربردی و کتابچه آموزشی (که در بخش ها موجود می باشد)، نظارت و کنترل فرایند تعمیر و سرویس تجهیزات پزشکی، انجام بازدید دوره ای از کلیه بخش های بیمارستان، برنامه ریزی برای انجام فرایندهای چک کردن، کنترل کیفی، کالیبراسیون تجهیزات پزشکی و نظارت بر چگونگی اجرای آن ها و ... را بر عهده دارد.

از این رو پرسنل در صورت بروز هر گونه مشکل در زمینه تجهیزات و ملزومات پزشکی در ساعات اداری مسئله را از طریق مسئول بخش خود جهت رفع و یا پیگیری رفع مشکل با این واحد مطرح می نمایند.



- |                       |                          |                       |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| ۱ - ریاست             | ۲۵- پذیرش درمانگاه تخصصی | ۴۹- اتاق ایکنتر       |
| ۲ - مدیریت            | ۲۶- درمانگاه زنان        | ۵۰- اتاق Sepsic       |
| ۳ - مترون             | ۲۷- درمانگاه قلب         | ۵۱- اتاق عمل ۱        |
| ۴ - دفتر پرستاری      | ۲۸- مطب پزشک عمومی       | ۵۲- اتاق عمل ۲        |
| ۵ - کارگزینی          | ۲۹- درمانگاه داخلی       | ۵۳- ریکاوری           |
| ۶ - دبیر خانه         | ۳۰- درمانگاه جراحی       | ۵۴- اتاق زایمان       |
| ۷ - انفورماتیک        | ۳۱- درمانگاه اطفال       | ۵۵- تحت نظر           |
| ۸ - امور مالی         | ۳۲- سونوگرافی            | ۵۶- اتاق معاینه       |
| ۹ - انبار             | ۳۳- درمانگاه روان پزشک   | ۵۷- اتاق پره اکلامپسی |
| ۱۰ - حماز خانه        | ۳۴- درمانگاه ارتوپد      | ۵۸- CSR               |
| ۱۱ - دفتر بهبود کیفیت | ۳۵- رادیولوژی            | ۵۹- ICU               |
| ۱۲ - مدارک پزشکی      | ۳۶- اتاق کنترل           | ۶۰- CCU               |

۱۳ - حراست	۳۷ - اتاق ظهور فیلم	۶۱ - تست ورزش
۱۴ - تغذیه	۳۸ - تاسیسات	۶۲ - اکو
۱۵ - فضای سبز	۳۹ - راهروی زیرزمین	۶۳ - مهد کودک
۱۶ - بخش دیالیز	۴۰ - اتاق تحت نظر	۶۴ - بخش بستری زنان
۱۷ - ایستگاه پرستاری	۴۱ - مطب پزشک عمومی	۶۵ - بخش بستری مردان
۱۸ - ترخیص	۴۲ - اتاق تزریقات	۶۶ - اسناد پزشکی
۱۹ - داروخانه	۴۳ - اتاق نوار قلب	۶۷ - تدارکات
۲۰ - پذیرش آزمایشگاه	۴۴ - اتاق CPR	۶۸ - کتابخانه
۲۱ - آزمایشگاه	۴۵ - اتاق عمل سرپایی	۶۹ - اتاق شبکه
۲۲ - پذیرش	۴۶ - آبدارخانه	۷۰ - تلفنخانه
۲۳ - اطلاعات	۴۷ - تریتمنت	۷۱ - اتاق برق
۲۴ - بانک رفاه	۴۸ - اتاق ادمیت	

## ایمنی بیمار

هر روزه تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان های جهان بطور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می گیرند اما با ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه های اخیر ارائه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده است. بالطبع در چنین شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارائه خدمات درمانی افزایش یافته و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می گردند غیرقابل چشم پوشی می باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار بعنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام های سلامت کشورهای مختلف به شمار می رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه بعنوان پیشاهنگ عمل می نمایند. مدل هفت گام ایمنی بیمار در جهت ایجاد یک محیط ایمن تر جهت ارائه خدمات ایمنی در پیشینه تحقیق و مستندات نظام سلامت کشورهای تو سعه یافته بعنوان یک الگوی ساختاری مورد استفاده قرار گرفته است. استقرار این مدل به سازمان های ارائه دهنده خدمات سلامت نیز در تحقق معیارهای حاکمیت بالینی، مدیریت خطر و ارتقای کیفیت نیز کمک می نماید.

مدل هفت گام ایمنی شامل: استقرار فرهنگ ایمنی، تعهد و حمایت مدیریت ارشد از مقوله ایمنی بیمار، استقرار مدیریت خطر و استفاده از اصول آن در کلیه فعالیت ها، تشویق در گزارش وقایع، استفاده از نظرات و تجربیات بیماران و جامعه در مقوله ایمنی بیمار، ارتقای فرآیند یادگیری و به اشتراک گذاشتن تجربیات و درس های حاصله از آن بین سازمان های ارائه دهنده خدمات درمانی و استفاده از روش های مناسب جهت جلوگیری از خطاهای پزشکی می باشد.

نه (۹) راه حل ایمنی بیمار به شرح ذیل می باشد.

۱. توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه جهت جلوگیری از خطای دارویی
۲. شناسایی بیمار
۳. ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار
۴. انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار
۵. کنترل غلظت محلول های الکترولیت
۶. اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات
۷. اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها
۸. استفاده یکبار مصرف از وسایل تزریقات
۹. بهبود بهداشت دست

#### • شاخصهای ایمنی بیمار Patient Safety Indicators

شاخص های ایمنی بیمار، مقیاسهایی هستند که به طور مستقیم یا غیر مستقیم حوادث ناگوار قابل پیشگیری و کیفیت و نتایج (Outcome) را پایش می کنند. با پایش این شاخصها می توان برنامه ارتقاء ایمنی و کیفیت خدمات را رصد نموده در جهت پیشرفت آن برنامه ریزی کرد.

- ۱- عوارض بیهوشی
- ۲- مرگ در گروههای تشخیصی (DRG) با احتمال مرگ پایین
- ۳- زخم بستر
- ۴- شکست در نجات بیمار
- ۵- جسم خارجی بجا مانده در بدن بیمار به هنگام عمل جراحی
- ۶- پنوموتوراکس در اثر بی احتیاطی گروه درمانی
- ۷- عفونت انتخابی به دلیل مراقبت درمانی
- ۸- شکستگی لگن بعد از عمل جراحی
- ۹- هماتوم یا خونریزی بعد از عمل جراحی
- ۱۰- اختلالات فیزیولوژیک و متابولیک بعد از عمل جراحی

۱۱- نارسایی تنفسی بعد از عمل

۱۲- آمبولی ریوی یا ترومبوز عمیق وریدی

۱۳- عفونت خون بعد از عمل جراحی

۱۴- جدا شدن زخم بعد از عمل جراحی در بیماران جراحی شکمی و لگنی

۱۵- پارگی و سوراخ شدگی تصادفی

۱۶- واکنش ناشی از انتقال خون

۱۷- آسیب حین تولد- آسیب به نوزاد

۱۸- ترومای زایمان طبیعی با ابزار

۱۹- ترومای زایمان طبیعی بدون ابزار

۲۰- ترومای زایمان - سزارین

## تزریقات ایمن

تزریقات یکی از روشهای شایع در تجویز دارو ها و مشتقات دارویی می باشد و بدیهی است در صورت عدم رعایت استاندارد های درمانی ، خطرات بالقوه و بالفعلی را برارائه کنندگان و مصرف کنندگان خدمات بهداشتی درمانی و نیز جامعه اعمال می نماید . بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر سالانه ۱۶۰۰۰ میلیون تزریق با هدف اقدامات درمانی و یا بهداشتی تجویز می شود (بطور میانگین ۳/۴ تزریق به ازای هر فرد). ۵-۱۰ درصد تزریقات به منظور بهداشتی و ۹۰ درصد تزریقات به منظور درمانی تجویز می شوند این درحالیست که اکثریت این تزریقات غیر ضروری می باشند . بر اساس مدل های ریاضی سازمان جهانی بهداشت که در کشورهای در حال توسعه و در حال گذر در سال ۲۰۰۰ میلادی انجام شده است ، ابتلاء ۲۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هپاتیت B (یک سوم کل این بیماری در جهان ) ، ابتلاء ۲ میلیون مورد از موارد جدید مبتلایان به هپاتیت C (۴۰ درصد کل این بیماری در جهان ) و ۲۶۰۰۰۰ مورد از موارد جدید مبتلایان به ایدز (۵ درصد کل این بیماری در جهان ) را به استفاده مجدد از سر سوزن های مصرف شده ارتباط می دهند ، بر اساس همین مطالعات مهمترین عامل شیوع هپاتیت B و C و ایدز و سایر بیماریهای ویروسی منتقله از راه خون از طریق استفاده مجدد یا استفاده مشترک سرسوزن ها صورت می گیرد . میزان تزریقات غیر ایمن از ۱۵٪ در منطقه اروپای شرقی تا ۵۰٪ در قاره آسیا متفاوت است . شواهد مؤید این مسئله است که مرگ و میر و معلولیت ناشی از تزریقات غیر ایمن تا حد زیادی قابل پیشگیری است .

ازمهمترین صدمات شغلی در کادر پزشکی و پیراپزشکی صدمات ناشی از فرورفتن سر سوزن بدست (NeedleStick) کارکنان بهداشتی درمانی می باشد ، که در ۶۱٪ موارد با سوزنهای توخالی ۲۹٪ موارد در اثر آنژیوکت های پروانه ای صورت می پذیرد .

\* بطور کلی جراحات ناشی از Needle Stick در سه حالت ذیل رخ می دهد :

۱- ضمن درپوش گذاردن سوزن .

۲- انتقال مایعات بدن بیمار از سرنگ بداخل لوله های آزمایش .

۳- دفع نامناسب وسایل درمانی تیزو برنده مصرف شده .

لازم به ذکر است که بر اساس نتایج بررسی آماری واکسیناسیون کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بر علیه هپاتیت B در کاهش صدمات ناشی از Needle Stick درآنان بسیار مؤثر بوده است.

تزریقات ایمن به معنای تزریقی است که :

۱ - به دریافت کننده خدمت (بیمار ) آسیب نزنند.

۲ - به ارائه کنندگان /کارکنان خدمات بهداشتی درمانی صدمه ای وارد نسازد.

۳ - پسماندهای آن باعث آسیب و زیان در جامعه نشود .

ایمنی تزریقات بر ۵ محور بنیادی ذیل صورت می پذیرد:

• انجام تزریقات، فلوتومی، دن لانست ، تزریقات داخل وریدی و یا انفوزیون براساس استاندارد ها بمنظور کنترل و پیشگیری از بروز عفونت و آسیب به بیماران .

• کاهش رفتار پر خطر کارکنان بهداشتی بمنظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده (وسایل تیز و برنده شامل کلیه ی وسایل تیز مصرف شده و نشده ی تمیز نظیر بیستوری ، آنژیوکتها ، شیشه های شکسته سرم ، گایدهای جراحی ، پنس های شکسته ، سروسوزن و... می باشد) .

• افزایش سطح ایمنی کارکنان در ضمن کار با وسایل تیز و برنده درمانی.

• جمع آوری ، نگهداری ، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی پسماندهای آلوده و پرخطر .

• تغییر رفتار و نگرش اجتماعی مددجویان و پزشکان نسبت به مقوله تقاضا و تجویز دارو به روش تزریقی .

(۱)بهترین روش مورد توصیه برای انجام تزریقات ، فلوتومی، زدن لانست و تزریقات داخل وریدی و یا انفوزیون جهت کنترل و پیشگیری از عفونت و صدمه به بیمار و کارکنان :

(۱-۱)استفاده از وسایل استریل :

(۱-۱-۱) برای هر تزریق از یک سرنگ استریل یکبار مصرف جدید استفاده کنید .

- ۱-۲-۱) از یک سرنگ و سر سوزن استریل یکبار مصرف جدید برای هر بار تلقیح هر واحد واکسن و یا تزریق دارو استفاده کنید .
- ۱-۲-۳) قبل از استفاده از سرنگ و سر سوزن به تاریخ انقضای آن توجه نمایید و بسته بندی سرنگ و سر سوزن را به لحاظ وجود پارگی و صدمه مورد بررسی قرار دهید .
- ۱-۲-۴) از آلودگی وسایل ، داروها و مایعات وریدی پیشگیری نمایید.
- ۱-۲-۱) درروی یک میز و یا سینی تمیز که مخصوص تزریقات می باشد و احتمال آلودگی سرنگ و سر سوزن با خون ، مایعات بدن و یا سوآب های کثیف وجود ندارد وسایل تزریق را آماده نمایید
- ۱-۲-۲) هیچگاه سر سوزن را در سر سرنگ بجای نگذارید
- ۱-۲-۳) حتی المقدور از ویالهای تک دوزی دارو استفاده کنید.
- ۱-۲-۴) در صورتی که ملزم به استفاده از ویالهای چند دوزی دارو هستید برای هر بار کشیدن دارو از ویال از سر سوزن استریل استفاده کنید .
- ۱-۲-۵) در هنگامی که سر آمپول را اصطلاحاً می شکنید ، با قراردادن لایه نازک گاز تمیز مابین انگشتان دست خود و جدار آمپول ، انگشتان را از آسیب و صدمه محافظت نمائید.
- ۱-۲-۶) قبل از اقدام به تزریق به بیمار کلیه داروهای تزریقی محلول و سرم های وریدی را از لحاظ کدورت ، شکستگی جداره آنها و تاریخ انقضاء بررسی نموده و در صورت مشاهده هر گونه مغایرت آنها را به نحو صحیح دفع نمائید .
- 1-2-7) توصیه های اختصاصی کارخانه سازنده را در ارتباط با نحوه استفاده، ذخیره سازی (به ویژه لزوم رعایت زنجیره سرد ) و جابجایی دارو بکار گیرید.
- ۱-۲-۸) در صورت تماس سر سوزن با سطوح غیر استریل آن را به نحو صحیح دفع نمایید
- ۱-۲-۹) از تمیزی ظروف مخصوص فلبوتومی که قابلیت استفاده مجدد را دارند مطمئن شوید
- ۱-۲-۱۰) قبل از آماده کردن دارو و تزریق آن دستها را با آب و صابون بشوئید و یا بلباستفاده از محلول های ضد عفونی با بنیان الکل ضد عفونی کنید . در صورتی که مابین تزریقات دست ارائه کننده خدمت کثیف یا آلوده به خون و مایعات بدن بیمار گردید، رعایت بهداشت دست ضروری است .
- ۱-۲-۱۱) از تزریق به بیمار در نواحی ناسالم پوستی (وجود عفونت موضعی ، ضایعات و درماتیت پوستی و یا بریدگی ) اجتناب نمائید .
- ۱-۲-۱۲) استفاده از سوآب آغشته به ماده ضد عفونی یا آنتی سپتیک جهت پاک کردن سر ویال یا آمپول الزامی نمی باشد . در صورت نیاز از سوآب تمیز یکبار مصرف با توجه به زمان تماس مورد توصیه استفاده نمائید . از استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی موجود در ظرف پنبه الکل اجتناب نمائید .
- ۱-۲-۱۳) از کاربرد ماده آنتی سپتیک در زمان آماده نمودن واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح اجتناب نمائید.

۱۴-۱) قبل از تزریقات داخل عضلانی، زیر پوستی و داخل پوستی و زدن لانتست در صورتی که موضع تزریق بصورت مشهود کثیف می باشد، پوست را بشوئید. در صورتی که پوست موضع تزریق تمیز است، استفاده از سواب ضروری نمی باشد. در صورت نیاز، از سواب تمیز یکبار مصرف با توجه به زمان تماس مورد توصیه استفاده نمائید. از استفاده از گلوله های پنبه آغشته به ماده ضد عفونی موجود در ظرف پنبه الکلی اجتناب نمائید. در زمان آماده نمودن واکسن و ویروس زنده ضعیف شده برای تلقیح از کاربرد ماده آنتی سبتیک اجتناب نمائید.

۱۵-۲) بمنظور آماده سازی پوست قبل از انجام فلپوتومی، تزریقات وریدی، ایجاد راه وریدی و انفوزیون موضع تزریق را با استفاده از یدوفر، الکلی ۷۰٪، کلر هگزیدین ۲٪، تنتور ید تمیز کنید. خشک شدن پوست قبل از تزریق ضروری است.

۱۶-۲) جهت ورود سر سوزن بداخل سیستم وریدی متصل به بیمار محل ورود سر سوزن بداخل سیستم را با استفاده از یدوفر، الکلی ۷۰٪، کلر هگزیدین ۲٪، تنتور ید تمیز کنید.

۲) راهکارهای موثر جهت کاهش رفتار پرخطر کارکنان خدمات بهداشتی درمانی:

۱-۲) ارتقاء سطح آگاهی و کسب مهارت کارکنان بهداشتی درمانی به ویژه شاغلین حرف پزشکی، پرستاری، امور تشخیصی، خدمات درمانی پیش بیمارستانی، گروههای خدماتی پشتیبان، در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی به منظور پیشگیری از بروز جراحت ناشی از سر سوزن و سایر وسایل تیز و برنده امری ضروری است. بنابر این کارکنان بهداشتی درمانی بایستی در خصوص چگونگی پیشگیری از صدمات ناشی از وسایل مزبور و نیز اقدامات درمانی و پیشگیرنده اولیه با مواد آلوده مطابق با دستورالعمل ایمنی "الف" و "ب" بصورت مداوم آموزش ببینند.

۲-۲) تشکیل پرونده بهداشتی و واکسیناسیون رایگان علیه HBV جهت کلیه کارکنان بهداشتی درمانی شاغل در واحد هایی که کارکنان با توجه به نوع وظایف محوله واحدی یا فردی الزاماً اقدامات پر خطر دارند، مانند: بخش های ویژه، اطاق عمل اورژانس، کلینیک های تشخیصی، مطب ها و کلینیک های خصوصی، واحد های پاتولوژی، اتوپسی، CSR، مراکز جراحی محدود، واحدهایی که ترانسفوزیون خون انجام می دهند، کارکنانی که پروسیجرهای درمانی تهاجمی را انجام و یا در تماس با خون، سرم و سایر ترشحات آلوده بیماران می باشند و یا از بیماران روانی حاد مراقبت می نمایند، کلیه کارکنان بخش خدمات بیمارستان که بصورت مستقیم و یا غیر مستقیم با پسماند های بیمارستانی تماس دارند و نیز کلیه دانشجویان پزشکی، پرستاری و مامایی الزامی است.

۳) افزایش سطح ایمنی کارکنان در حین کار با وسایل تیز و برنده درمانی با توجه به احتمال آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی از طریق انجام پروسیجرهای پر خطر که منجر به Needle Stick، بریدگی و... می شود.

۱-۳) الزامیست که ابزارهایی که ایمنی وسایل تیز و برنده را تضمین می کند: نظیر needle clipper و فورسپس جهت جدا نمودن تیغ جراحی از اسکالپل در دسترس کاربران ابزارهای پر خطر قرار گیرد.

۲-۳) الزامیست وسایل حفاظتی مناسب نظیر دستکش، گان غیر قابل نفوذ به آب و ترشحات، پیش بند پلاستیکی، ماسک و عینک محافظ جهت استفاده کارکنان بهداشتی درمانی متناسب با وضعیت بیمار و پروسیجرهای درمانی در دسترس باشد.

۳-۳) الزامیست بیمارستان دارای استاندارد اقدامات پرخطر درمانی بمنظور پیشگیری از آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی باشد (نظیر استانداردهای رعایت بهداشت دست و...).



۳-۴) در صورت امکان با بکارگیری تکنولوژی جدید از سرسوزن و سرنگ هایی استفاده نمائید که بنحوی طراحی شده اند که از استفاده مجدد سرسوزن و یا فرو رفتن آن بدست ارائه کننده خدمت ممانعت می نمایند . سرنگ های AD مانع از استفاده مجدد سرنگ شده و استفاده از آن درواکسیناسیون الزامی است . توصیه می شود استفاده از سرنگ های ایمن همانند واحدهای ایمن سازی در سایر واحد های تزریقات نیز بکار گرفته شود .

۴)- جمع آوری ، نگهداری ، انتقال و دفع مناسب و بهداشتی زباله های آلوده و پر خطر .

۴-۱) جمع آوری ، نگهداری و دفع سرسوزن و سایر اشیاء تیز و برنده مصرفی ( آنژیوکت ، بیستوری ، لانس ، اسکالپ وین ، ویال های شکسته و...) که الزامیست بلافاصله پس از مصرف در ظروف ایمن جمع آوری و سپس به یکی از صور استاندارد امحاء و بی خطر سازی پسماند های خطرناک بهداشتی درمانی تبدیل به پسماند شبه خانگی شده و همراه با سایر پسماندهای بیمارستانی به نحو مطلوب دفع گردند .

۴-۲) ضروری است ظروف جمع آوری پسماند های نوک تیز و برنده مستحکم ، غیر قابل نفوذ ، دهانه گشاد ، دارای قفل و ضامن ، مقاوم به پارگی و از حجم کافی و ابعاد مناسب برخوردار باشند.

۴-۳) به منظور پیشگیری از جراحات ناشی از وسایل تیز و برنده الزامی است این وسایل سریعاً پس از مصرف در ظروف جمع آوری ایمن دفع گردند ، لذا بایستی ظروف ایمن به تعداد کافی و با ابعاد گوناگون در دسترس ارائه دهندگان خدمات در کلیه واحد های ذیربط قرار داشته باشند مثلاً در ساینز کوچک در روی ترالی تزریقات و یا در اتاق درمان ، اتاق تزریقات و... ) .

۴-۴) استفاده از برجسب هشداردهنده بر روی ظروف جمع آوری با مضمون "احتمال آلودگی با اشیاء تیز و برنده عفونی " به منظور جلب توجه کارکنان بهداشتی درمانی و پیشگیری از آلودگی آنان الزامی است .

۴-۵) به منظور پیشگیری از سرریز شدن وسایل دفعی ، در صورتی که حداکثر ۳/۴ حجم ظروف مزبور پر شده باشد ، ضروری است درب ظروف به نحو مناسب بسته و دفع شوند .

۴-۶) ظروف ایمن حاوی پسماندهای نوک تیز و برنده و پسماندهای عفونی را جهت انتقال به اتاقک موقت نگهداشت پسماندها مهر و موم نمائید . بعد از مهر و موم ظروف ایمن محتوی پسماند های نوک تیز و برنده از باز کردن ، تخلیه ظروف و استفاده مجدد و فروش سرسوزن و سرنگ داخل آن اجتناب نمائید .

۴-۷) وجود این ظروف در کلیه واحد های بهداشتی درمانی اعم از خصوصی و دولتی در محل ارائه خدمت الزامی است .

(۵)- تغییر رفتار و نگرش اجتماعی :

۵-۱) آموزش: ضروریست بمنظور تعدیل تجویز دارو به روش تزریقی ، با توجه به سه مورد ذیل ایمنی تزریقات در برنامه آموزش مداوم جامعه پزشکان قرار گیرد :

۵-۱-۱) از تجویز دارو به روش تزریقی تا زمانی که دارو به دیگر اشکال از جمله خوراکی موجود نباشد ، حتی الامکان اجتناب گردد

۵-۱-۲) ترجیحاً زمانی از روش تزریقی به جای سایر روشها استفاده گردد که بیمار تحریک پذیر ، بیهوش و یا دچار اختلالات گوارشی باشد

۳-۱) با توجه به وضعیت بالینی بیمار نتایج درمانی مطلوب ناشی از جذب سریع دارو مورد انتظار باشد.

۲-۵) الزامی است ارتقاء سطح آگاهی جامعه در خصوص خطرات بالقوه ناشی از مصرف دارو به روش تزریقی بمنظور کاهش تقاضای بیماران در برنامه ریزیهای آموزشی دانشگاه قرار گیرد.

۳-۵) برگزاری دوره آموزشهای توجیهی جهت کادر خدمات پشتیبانی و سایر گروه های بهداشتی درمانی ضروری می باشد.

• دستورالعمل ایمنی الف-اقدامات پیشگیرنده از بروز جراحات و صدمات ناشی از سرسوزن و وسایل تیز و برنده در کارکنان بهداشتی درمانی

با توجه به اینکه جراحات ناشی از فرورفتن سرسوزن و وسایل تیز و برنده از مهمترین موارد آلودگی کارکنان بهداشتی درمانی با HIV/HCV/HBV محسوب می شود، رعایت نکات ذیل به منظور پیشگیری از جراحات و صدمات مزبور الزامی است:

۱) جهت شکستن ویال های دارویی ترجیحاً از انواعی استفاده شود که احتیاج به تیغ اره نداشته باشد و در صورت نیاز از تیغ اره استفاده شده و جهت رعایت اصول ایمنی در داخل یک محافظ مثل پد گرفته شوند.

۲) پس از تزریق از گذراندن درپوش سرسوزن اکیداً خودداری نمائید مگر در شرایط خاص از جمله اخذ نمودن خون جهت ABG یا کشت خون.

۳) از شکستن و یا خم کردن سرسوزن قبل از دفع خودداری نمائید.

۴) در موارد ضروری جهت گذراندن درپوش سرسوزن از وسیله مکانیکی جهت ثابت نگهداشتن درپوش استفاده نمائید و یا از یک دست جهت گذاردن درپوش سرسوزن استفاده کنید.

۵) جهت حمل وسایل تیز و برنده از رسیور استفاده نمائید و از حمل وسایل مزبور در دست یا جیب یونیفرم خودداری نمائید.

۶) از دست به دست نمودن وسایل تیز و برنده (بیستون، سرسوزن و ...) اجتناب نمائید.

**احتیاطات عمومی در حین انجام هرگونه اقدام درمانی که احتمال آلودگی با خون و سایر ترشحات بدن وجود دارد به شرح ذیل می باشد:**

۱) در صورتی که بریدگی و یا زخمی در دستها وجود دارد، الزامی است از دستکش استفاده شود و موضع با پانسمان ضدآب پوشانده شود.

۲) جهت حفاظت بدن در قبال آلودگی با خون و یا ترشحات بدن، استفاده از پیش بند پلاستیکی یکبار مصرف ضروری است.

۳) در صورتی که احتمال ترشح خون و یا قطعاتی از نسوج و یا مایعات آلوده به چشم و غشاء مخاطی وجود دارد، استفاده از ماسک و عینک محافظ ضروری است.

۴) در صورتی که بیمار دچار خونریزی وسیع است، استفاده از گان ضدآب ضروری است.

۵) در صورتی که کارکنان دچار اگزما و یا زخمهای باز می باشند، معاینه پزشک جهت مجوز شروع فعالیت در بخش ضروری است.

**\* دستور ایمنی ب- کمکهای اولیه فوری پس از تماس در کارکنان بهداشتی - درمانی**

با توجه به اینکه جراحات و اتفاقات عمده در حین انجام اقدامات و روش های درمانی شامل موارد ذیل است، کمک های اولیه فوری مطابق با دستورالعمل جهت بهره برداری اعلام می شود:

- فرورفتن سرسوزن بدست کارکنان بهداشتی درمانی
- پاشیدن شدن خون و یا سایر ترشحات آلوده بدن بیمار به:

(۱) بریدگیهای باز

(۲) ملتحمه (چشمها)

(۳) غشاء مخاطی (برای مثال داخل دهان)

(۴) گاز گرفتگی که منجر به پارگی اپیدرم شود.

الف: کمک های اولیه فوری

(۱) شستشوی زخم با صابون و آب ولرم

(۲) خودداری از مالش موضعی چشم

(۳) شستشوی چشم ها و غشاء مخاطی با مقادیر زیاد آب در صورت آلودگی.

ب- گزارش فوری سانحه به سوپروایزر بالینی.

ج- ثبت رسمی مورد گزارش شده در گزارشات حین کار توسط سوپروایزر و تشکیل پرونده بهداشتی کارکنان و اطلاع به مدیر و مسئول مرکز و طرح در کمیته کنترل عفونت بیمارستانی و پی گیری از طریق مراجع مربوطه

د- تشکیل پرونده و پی گیری مورد.

ه- بررسی میزان خطر بیماریزایی ناشی از تماس در کارکنان : در صورتی که آلودگی منبع تماس (بیمار-مددجو) با عفونت HIV محرز شود، الزامی است فرد مزبور مورد تماس در حداقل زمان ممکن ترجیحاً در عرض ساعت اول تحت مراقبت های درمانی با نظر پزشک متخصص عفونی قرار گیرد.

و- در صورتی که منبع آلوده به عنوان مورد شناخته شده HBV/HIV می باشد، ۵-۱۰ میلی لیتر خون از فرد مورد تماس گرفته و به منظور پی گیری آتی ذخیره می شود.

ز- پس از تماس جهت تعیین عفونت منبع، ۵-۱۰ میلی لیتر خون از منبع تماس جهت بررسی هپاتیت C/B و HIV اخذ و مورد آزمایش قرار می گیرد.

## برنامه کنترل عفونت

عفونت بیمارستانی (Nasocomial Infections) به عفونتی اطلاق می شود که بیمار در زمان بستری بودن به آن دچار نبوده و ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از پذیرش بیمار در بیمارستان ایجاد می شود به شرط آنکه در دوره کمون آن هم نبوده باشد. عفونت های بیمارستانی یک مشکل جدی مراکز بهداشتی درمانی می باشند و هر ساله هزینه های زیادی را به بیماران و مراکز بهداشتی درمانی تحمیل می کنند. در حال حاضر در کشورهای پیشرفته میزان این عفونت ها حدود ۱۰٪ موارد بستری و در کشورهای در حال توسعه حدود ۲۵٪ تخمین زده می شود. میزان عفونت بیمارستانی در یک مرکز بهداشتی درمانی نشان دهنده کیفیت خدمات ارائه شده در آن مرکز می باشد.

### تعاریف انواع عفونت های بیمارستانی براساس نظام مراقبت مراکز پیشگیری و کنترل بیماری ها

#### عفونت محل عمل جراحی (Surgical Site Infection : SSI)

عفونت ناشی از عمل جراحی که طی ۳۰ روز پس از جراحی، یا طی یکسال پس از جراحی ایمپلنت (کارگذاری جسم خارجی) اتفاق بیفتد عفونت سطحی ناشی از برش جراحی (Superficial Incisional SSI) باید حداقل یکی از موارد ذیل را شامل شود :

- خروج ترشح چرکی از پوست بافت زیر جلدی قسمت بالای لایه فاسیا
- جدا شدن ارگانیسم به روش غیرعفونی از مایع یا بافت حاصل از برش سطحی که در ابتدا بسته شده بود
- باز کردن برش سطحی به طور عمدی توسط جراح، مگر آنکه نتیجه کشت منفی باشد
- تشخیص عفونت زخم توسط جراح یا پزشک مربوطه

عفونت عمقی ناشی از برش جراحی باید حداقل یکی از موارد زیر را شامل شود :

- خروج ترشح چرکی از برش عمقی مانند فاسیا و عضله
- باز شدن خودبخود برش عمقی (زخم) یا باز شدن آن به طور عمدی توسط جراح در زمانی که بیمار تب و یا درد یا حساسیت موضعی دارد، مگر اینکه نتیجه کشت منفی باشد
- آبسه یا سایر شواهد عفونت برش عمقی که حین معاینه مستقیم، جراحی مجدد، یا توسط بررسی آسیب شناسی بافتی یا رادیولوژی رویت شود
- تشخیص عفونت زخم توسط جراح یا پزشک مربوطه.

#### عفونت عمل جراحی عضو / فضا

عفونت عضو / فضا که در زیر محل برش جراحی قرار گرفته و حین جراحی، باز یا دستکاری شده است و حداقل یکی از موارد زیر را دارا باشد :

- خروج ترشح چرکی از درنی که توسط جراحی و چاقو (Stab Wound) در عضو / فضا کار گذاشته شده است.
- جدا شدن ارگانیسم به روش غیرعفونی از کشت مایع یا بافت آن عضو / فضا

- آبه یا سایر شواهد عفونت عضو / فضا حین معاینه مستقیم، حین جراحی مجدد یا براساس بررسی آسیب شناسی بافتی یا رادیولوژی
- تشخیص عفونت توسط جراح یا پزشک مربوطه

### عفونت دستگاه گردش خون (Bloodstream infection : BSI)

عفونت گردش خون تایید شده توسط آزمایشگاه که در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی آن نیز قرار نداشته و حین یا بعد از اقامت در بیمارستان رخ داده است، و یکی از موارد زیر را دارا می باشد :

- جدا شدن پاتوژن های شناخته شده از کشت خون و عدم ارتباط پاتوژن با عفونت در کانون دیگر، یا جدا شدن پاتوژن مرتبط با وسیله داخل عروقی (عفونت اولیه گردش خون) یا مرتبط با عفونت بیمارستانی در کانون دیگر (عفونت ثانویه گردش خون).
- تب، لرز یا افت فشار خون و جدا شدن ارگانیسمی که به طور شایع پوست را آلوده می کند از دو نمونه کشت خون، یا از یک نمونه کشت خون در بیماری که وسیله داخل عروقی دارد به شرط آنکه پزشک درمان مناسب با آنتی بیوتیک را برای وی شروع کند یا مثبت شدن آزمون آنتی ژن نمونه خون.

### عفونت دستگاه ادراری

عفونت ادراری علامت دار

عفونت در زمان پذیرش در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی نیز نبوده و یکی از موارد زیر را دارا باشد :

- تب، احساس فوریت در ادرار کردن (Urgency)، تکرر یا سوزش ادرار یا حساسیت ناحیه سوپراپوبیک و کشت ادرار مثبت با شمارش کلونی مساوی یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار و بدست آمدن حداکثر دو نوع ارگانیسم از نمونه ادرار.
- وجود دو علامت از علایم فوق، همراه با پیوری، یا آزمون نیترات یا لکوسیت استراز مثبت، یا رنگ آمیزی مثبت گرم، یا انجام دو نمونه کشت ادرار و جدا شدن ارگانیسم در هر دو نمونه با شمارش کلونی معادل یا بیشتر از ۱۰۰ هزار در هر میلی لیتر ادرار، یا یک کشت ادرار با کلونی معادل یا کمتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار در مواقعی که پزشک معالج درمان مناسب آنتی بیوتیک را برای بیمار آغاز کند، یا تشخیص یا درمان مناسب عفونت توسط پزشک.

باکتریوری بدون علامت

وجود یکی از موارد ذیل :

- کشت ادرار با شمارش معادل یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ کلونی در هر میلی لیتر ادرار و حداکثر دو نوع ارگانیسم از نمونه ادرار بیماری که کاتتر متمکن ادراری داشته ولی فاقد علامت بالینی است، جدا شود.
- وجود دو کشت ادرار با شمارش کلونی معادل یا بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ در هر میلی لیتر ادرار و جدا شدن همان ارگانیسم در بیماری که طی ۷ روز گذشته کاتتر متمکن ادراری نداشته و فاقد علامت بالینی است.

### پنومونی

- عفونت در زمان پذیرش بیمار در بیمارستان وجود نداشته و در دوره نهفتگی خود نیز نبوده است، و یکی از موارد ذیل را شامل می‌شود:
- وجود رال یا ماتیته حین دق کردن قفسه سینه و پیدایش خلط چرکی جدید، یا جدا شدن پاتوژن از کشت خون، نمونه ترانس تراکتال، نمونه بیوپسی یا شستشوی برونش.
  - پیدایش ارتشاح ریوی، تراکم، حفره یا مایع پلور جدید در عکس سینه و وجود یکی از شاخص های اشاره شده در فوق، یا آزمون تشخیصی مستقیم مثبت یا سرولوژی مثبت از لحاظ وجود پاتوژن تنفسی یا تشخیص پنومونی براساس شواهد آسیب شناسی بافتی.

## اهمیت عفونت بیمارستانی

عفونت‌های بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت می‌باشند:

- مرگ و میر و ناخوشی بیماران
- افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان
- افزایش هزینه های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران، اقدامات تشخیصی و درمانی

بررسی‌ها از سال ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۵ میلادی نشان داده اند که در آمریکا به ازای هر ۱۰۰ مورد پذیرش بیمارستانی، ۵/۷ مورد عفونت بیمارستانی رخ می‌دهد و لذا سالیانه حداقل ۲/۱ میلیون عفونت بیمارستانی در آن کشور اتفاق می افتد و به نظر می رسد در تمام نقاط دنیا موارد عفونت بیمارستانی حداقل به همین اندازه با اهمیت باشد.

گفته می‌شود که شیوع عفونت بیمارستانی در آمریکا و اروپا، ۵ تا ۱۰٪ بوده و این رقم در بعضی از بخش ها مانند بخش مراقبت های ویژه یا ICU به ۵۰٪ نیز می‌رسد. مطالعات در آمریکا (طبق آمار سال ۱۹۹۹، میزان مرگ و میر بالغ بر ۹۰/۰۰۰ مورد در سال بوده است) نشان داده اند که عفونت بیمارستانی سالیانه به طور مستقیم به مرگ ۱۹/۰۰۰ نفر و به طور غیرمستقیم به مرگ ۵۸/۰۰۰ انسان منجر می‌گردد. مرگ و میر به دنبال ابتلا به عفونت گردش خون، ۲۵ تا ۵۰٪ و به دنبال پنومونی ۷ تا ۲۷٪ است. در آمریکا عفونت بیمارستانی همچنین باعث اتلاف هزینه ای معادل ۴/۵ بلیون دلار در سال شده و طول مدت بستری بیمار در بیمارستان ۴ روز افزایش می‌یابد.

در ایران، آمار دقیقی در مورد شیوع عفونت بیمارستانی و عوارض جانی و مالی حاصله در دست نیست ولی به چند مطالعه انجام شده، اشاره می‌گردد.

براساس مطالعاتی که در خصوص میزان شیوع و بروز عفونت بیمارستانی در ایران بدست آمده است می توان چنین نتیجه گیری نمود که میزان بروز این عفونت‌ها در حد بالایی قرار دارد. در مطالعه ای که در قزوین در سال ۱۳۷۸ صورت گرفت، میزان عفونت بیمارستانی در بیمارستان‌های آموزشی ۶/۸۱٪ گزارش گردید.

مطالعه دیگری در شیراز در سال ۱۳۷۷، بروز این عفونت ها را ۳/۵۶٪ برآورد نمود. همچنین در سال ۱۳۷۸ در شیراز، براساس عوامل خطر بیماران، میزان بروز عفونت های بیمارستانی در یک بیمارستان شرح داده شد. در این مطالعه، میزان بروز عفونت زخم جراحی از ۱/۵ تا ۴۰، پنومونی از ۶/۳ تا ۴۰، عفونت ادراری از صفر تا ۶/۹ و عفونت دستگاه گردش خون از صفر تا ۲٪ گزارش گردید.

## راه های انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان

در بیمارستان میکروارگانیسم‌ها می‌توانند به طرق مختلف منتقل گردند و گاهی یک میکروب می‌تواند از چند طریق منتقل شود. راه‌های انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان عبارتند از :

۱) انتقال از طریق تماس (Contact) : تماس، شایع‌ترین و مهمترین راه انتقال عفونت‌های بیمارستانی به شمار می‌آید و به سه زیر گروه تقسیم می‌شود :

- تماس مستقیم سطوح بدن و انتقال فیزیکی میکروارگانیسم‌ها بین میزبان حساس و فرد دچار عفونت یا کلونیزه شده با میکروب
- تماس غیرمستقیم میزبان حساس با شیء واسطه آلوده (وسایل، سوزن، پانسمان، دستکش آلوده)
- قطره (Droplet) تولید شده توسط فرد حین عطسه، سرفه و صحبت کردن، حین ساکشن کردن یا برونکوسکوپی و مواجهه با ملتحمه، مخاط بینی یا دهان

۲) انتقال از طریق هوا (Airborne)

۳) انتقال از طریق وسیله مشترک آلوده مانند غذا، آب، داروها و تجهیزات و وسایل آلوده

۴) انتقال از طریق ناقلین مانند پشه، مگس و موش که اهمیت چندانی در انتقال عفونت‌های بیمارستانی ندارد.

### عوامل مستعد کننده بیماران به عفونت‌های بیمارستانی عبارتند از

- سن بیمار (نوزادان، افراد مسن)
- بیماری زمینه‌ای مانند نارسایی عضو (سیروز کبدی، دیابت ملیتوس، بیماری مزمن انسدادی ریه، نارسایی کلیه)، سرطان، نوتروپنی
- نقص ایمنی مادرزادی یا اکتسابی (ایدز، درمان با داروهای سرکوب کننده دستگاه ایمنی، سوء تغذیه).
- آسیب پذیری در مقابل عفونت‌های ویروسی
- اختلال در سد دفاعی جلدی مخاطی بدن یا تروما، سوختگی، جراحی، اندوسکوپی، کاتترهای متماکن، بیماری‌های پوستی و مخاطی
- بیهوشی، ایجاد خواب آلودگی (Sedation) که به سرکوب سرفه یا کاهش تهویه ریوی منجر می‌گردد.
- استفاده از داروهای آنتی بیوتیک، آنتی اسه (تغییر فلور مقیم بدن و کاهش مقاومت در مقابل جایگزینی فلور بیمارستانی، انتخاب باکتری‌ها و قارچ‌های جهش یافته و مقاوم به آنتی بیوتیک‌ها و انواع بالقوه مقاوم).
- کلونیزه شدن فلور و در نتیجه بروز حالت ناقلی باکتری‌ها و قارچ‌های فرصت طلب.
- عفونت‌های نهفته و خاموش و فعالیت مجدد آن‌ها بدن یا سرکوب دستگاه ایمنی.

### روش‌های کنترل عفونت بیمارستانی

هدف اصلی برنامه کنترل عفونت، کاهش خطر اکتساب عفونت بیمارستانی و در نتیجه محافظت از بیماران، کارکنان بیمارستان (و دانشجویان) و عیادت کنندگان است. به منظور رسیدن به این هدف، تشکیلاتی در بیمارانستان‌ها پدید آمده است که به آن کمیته کنترل عفونت بیمارستانی

(Infection Control Committee) گویند. کمیته کنترل عفونت در بیمارستان مسئولیت برنامه ریزی و ارزیابی کلیه امور مربوط به کنترل عفونت را بر عهده دارد. اعضای این کمیته عبارتند از :

- مدیر یا رئیس بیمارستان
- پزشک کنترل عفونت یا اپیدمیولوژیست
- پرستار کنترل عفونت
- میکروبیولوژیست بالینی یا متخصص علوم آزمایشگاهی
- مدیر پرستاری
- سایر اعضا مانند پزشک متخصص داخلی، جراح، نماینده واحد های بهداشتی، تغذیه، خدمات و ... پزشک، پرستار و میکروبیولوژیست بیمارستان تیم کنترل عفونت بیمارستانی را تشکیل می دهند و مهمترین و فعال ترین اعضای کمیته به شمار می آیند.

کمیته کنترل عفونت ۳ تا ۱۲ بار در سال تشکیل جلسه می دهد و وظایف آن عبارتند از :

- برقراری نظام مراقبت عفونت بیمارستانی (Surveillance)
- تدوین برنامه های آموزشی در جهت کنترل عفونت
- حفظ سلامت کارکنان
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در رابطه با کنترل عفونت مانند استفاده از آنتی بیوتیکها و مواد جدید گندزدا و دفع زباله
- ارزیابی و نظارت بر اجرای مقررات وضع شده توسط کمیته.

## آموزش

یکی از وظایف اصلی کمیته کنترل عفونت بیمارستانی، تدوین برنامه های آموزشی است و در این میان پرستار کنترل عفونت نقش اساسی در جهت اجرای برنامه های آموزشی دارد. آموزش کارکنان بیمارستان در رابطه با کنترل بیماری های مُسری، سِتِرُون سازی، (Sterilization) گندزدایی (Disinfection)، استفاده صحیح از وسایل و تجهیزات، رعایت مسائل بهداشتی و شستن دست ها، و محافظت در برابر بیماری های منتقله از راه خون مانند هیپاتیت ویروسی و ایدز و ... می باشد.

### نظام مراقبت عفونت بیمارستانی (Surveillance)

نظام مراقبت عبارت است از جمع آوری، تجزیه، تحلیل و تفسیر اطلاعات و داده های بهداشتی به صورت سیستماتیک و فعال (جاری) طی فرآیند پایش (Monitoring) و توصیف یک واقعه بهداشتی. اطلاعات بدست آمده جهت طراحی، بکارگیری و ارزیابی مداخلات و برنامه های مربوط به بهداشت عمومی و کنترل عفونت بیمارستانی مورد استفاده قرار می گیرند. این اطلاعات، نیازهای مربوط به فعالیت ها در زمینه بهداشت عمومی و کنترل عفونت بیمارستانی را تعیین نموده و کارایی و اثر بخشی برنامه ها را مشخص می کند.

با برقراری نظام مراقبت بیمارستانی می توان از بروز حدود یک سوم موارد عفونت بیمارستانی جلوگیری نمود، به عنوان مثال با برقراری نظام مراقبت از عفونت زخم جراحی، می توان موارد این نوع عفونت را ۵۰٪ کاهش داد. بدیهی است با کاهش موارد عفونت، از اتلاف منابع مالی نیز جلوگیری خواهد شد. سیستم مراقبت عفونت بیمارستانی می تواند تمام بیمارستان یا بخش های خاصی را پوشش دهد یا اینکه به صورت دوره ای



به مراقبت اقدام نماید. همچنین مراقبت می‌تواند براساس اولویت‌ها در زمینه کنترل عفونت و انواع عفونت‌های بیمارستانی صورت گیرد. برقراری نظام مراقبت پس از ترخیص بیمار از اهمیت خاصی برخوردار بوده و به حساسیت سیستم مراقبت می‌افزاید.

### اهداف نظام مراقبت عفونت بیمارستانی

- شناسایی بیماران و اقدامات تهاجمی پرخطر (عوامل خطر) و تعیین اولویت‌های کنترل عفونت
- تعریف میزان اندمیک عفونت و افزایش موارد عفونت در حد بالاتر از اندمیک
- پایش روند بروز عفونت و الگوهای آن در طول زمان
- کشف همه‌گیری‌های عفونت‌های بیمارستانی
- ارزیابی میزان کارایی مداخلات انجام شده در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت
- ارزیابی برنامه‌های تضمین کیفیت
- آموزش و ایجاد انگیزه در کارکنان پزشکی و مدیریت
- منابعی که امکان جمع‌آوری اطلاعات برای برقراری نظام مراقبت را در اختیار می‌گذارند شامل موارد ذیل می‌باشند:
- کاردکس بیماران (آنتی بیوتیک، تعویض پانسمان، مایع درمانی وریدی، تغذیه از طریق کاتتر وریدی مرکزی، سوند ادراری، پذیرش مجدد در بیمارستان).
- گزارش آزمایش‌های میکروبیولوژی
- چارت تب بیماران
- گزارش پرستاری
- ارتباط با پرستاران مسئول بخش‌ها

### مراقبت از کارکنان پزشکی

کارکنان حرفه‌های پزشکی، در معرض خطر مواجهه با بیماری‌های قابل سرایت در بیمارستان می‌باشند. بدیهی است بدنبال ابتلا به بیماری، خطر انتقال عفونت از کارکنان به بیماران، سایر کارکنان و اعضاء خانواده آن‌ها وجود دارد. یکی از وظایف کمیته‌های کنترل عفونت، محافظت از کارکنان در مقابل عفونت‌های بیمارستانی و نیز در مقابل مواجهه شغلی بویژه با خون و مواد بالقوه آلوده می‌باشد. بدین لحاظ واکسیناسیون کارکنان، رعایت احتیاط‌های عمومی (استاندارد) و سایر قوانین مربوط به ایزولاسیون یا جداسازی بیماران و نیز شستن دست‌ها توسط کارکنان شاغل در بیمارستان، به کاهش موارد مواجهه و ابتلا به بیماری‌ها و در نتیجه کاهش عفونت‌های بیمارستانی و عواقب حاصله منجر می‌گردد. به منظور کاهش مواجهه کارکنان با عوامل خطرزای موجود در محیط بیمارستان توصیه می‌شود اقدامات ذیل صورت گیرد:

- انجام معاینات پزشکی قبل از استخدام کارکنان
- انجام معاینات پزشکی دوره‌ای کارکنان
- ایمنسازی کارکنان برعلیه بیماری‌های واگیر
- برقراری نظام مراقبت از کارکنان در صورت بروز آسیب و حوادث شغلی (مانند مواجهه با سوزن آلوده به HIV) و مخاطرات محیط کار
- تدوین برنامه‌های آموزشی به منظور پیشگیری از مواجهه با میکروارگانیسم‌های بیمارزای بیمارستانی
- برنامه ریزی و تعیین خط مشی در موارد بروز همه‌گیری در بین کارکنان و استراحت در منزل بدنبال ابتلا یا مواجهه با عوامل بیماری‌زا.

**توجه :**

**یکی از اقدامات سودمند در بیمارستان تشکیل پرونده پزشکی جهت کارکنان می باشد**

**ایمنسازی کارکنان شاغل در بیمارستان**

یکی از مقرون به صرفه ترین روش های پیشگیری از ابتلا به بیماری های قابل سرایت، ایمنسازی افراد و بویژه کارکنان حرفه های پزشکی است. بر این اساس توصیه می شود کارکنان مشاغل پزشکی (شامل دانشجویان) بر علیه ویروس هپاتیت B ایمن گردند. ایمنسازی کارکنان با واکسن هپاتیت B باید به صورت رایگان باشد. توصیه می شود یک تا دو ماه پس از تزریق آخرین دوز واکسن هپاتیت B (پس از تزریق نوبت سوم)، آزمون HBsAb در گروه های پر خطر شغلی مانند پرستاران و پزشکان صورت گیرد تا از وضعیت ایمنی آن ها بر علیه ویروس هپاتیت B اطمینان حاصل شود.

در سال ۱۳۷۷، معاونت درمان و داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر روی ۱۰۰ واحد خصوصی دندانپزشکی در سطح جنوب شهر تهران مطالعه ای را انجام داد و طبق این مطالعه، تنها ۶۰٪ دندانپزشکان واکسن هپاتیت B را دریافت کرده و فقط ۲۱٪ آنان پس از تزریق واکسن آزمون HBsAb را انجام داده بودند.

**ایزولاسیون یا جداسازی بیماران در بیمارستان**

به منظور پیشگیری از انتقال میکروارگانیسم ها از بیمار عفونی یا کلونیزه با میکروارگانیسم به سایر بیماران، کارکنان و حتی عیادت کنندگان، اتخاذ خط مشی های عملی ضروری است. در سال ۱۹۸۳ میلادی، مرکز پیشگیری و کنترل بیماری ها (CDC) دو سیستم جداسازی را پیاده کرده بود که شامل جداسازی براساس گروه بیماری (Category Specific I) و نوع بیماری (Disease Specific I) می شد. در سال ۱۹۸۵ نیز به منظور جلوگیری از انتقال پاتوژن های منتقله از راه خون مانند هپاتیت B و ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV)، رعایت احتیاط های عمومی یا همه جانبه (Universal precautions) را توصیه نمود. بدلیل احتمال انتقال عوامل بیماری زا از راه های دیگر به جز خون، مانند تماس مستقیم، راه هوایی یا تماس با قطرات، در سال ۱۹۹۶ رعایت احتیاط های استاندارد (Standard P.) و احتیاط براساس راه انتقال عفونت (Transmission - Based P.) فرض گردید که شرح داده خواهند شد. امروزه رعایت احتیاط های استاندارد، مهمترین جزء اقدامات جداسازی بیماران محسوب می گردد.

**شستن دست**

شستن دست ها به تنهایی مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی به شمار می آید (۱۴، ۱۵). شستن دست ها می تواند توسط صابون های معمولی یا انواع ضد میکروبی صورت گیرد. شستن دست با صابون های معمولی و آبکشی باعث می شود تا میکروارگانیسم ها از روی پوست زوده شوند (روش مکانیکی). شستن دست با محصولات ضد میکروبی باعث کشته شدن میکروارگانیسم ها یا مهار رشد آن ها می گردد که به آن ضد عفونی کردن گویند.

پوست دست کارکنان پزشکی دارای میکروارگانیسم های مقیم یا ثابت و انواع موقت است. اکثر میکروب های مقیم پوست در لایه های سطحی قرار دارند ولی حدود ۱۰ تا ۲۰٪ آن ها در لایه های عمقی اپیدرم قرار دارند که ممکن است بدنال شستشوی دست ها با صابون های معمولی پاک

نشوند ولی معمولاً بوسیله مواد ضد میکروبی، کشته شده یا رشدشان مهار می گردد. شستن دست‌ها با صابون معمولی باعث زدودن میکروب‌های موقتی پوست خواهد شد.

## حریق

آتش‌سوزی یا حریق یکی از قدیمی‌ترین بلایایی است که می‌تواند در زمانی کوتاه، دارایی و سلامتی افراد را به خطر اندازد. بنا به تعریف حریق عبارتست از سوختن شدید مواد سوختنی یا آتشی ناخواسته و از کنترل خارج شده که معمولاً "با دود و حرارت و نور زیاد توأم است. آتش سوزی عبارت از آتشی است که از یک منبع حرارتی کنترل ناپذیر سرچشمه گرفته، یا منبع حرارتی معین کنترل شده ای را ترک کرده و با نیروی حرارتی خود گسترش و توسعه یافته باشد.

### دسته بندی انواع حریق

برای سهولت در پیشگیری و کنترل آتش سوزی، حریق‌ها بر حسب ماهیت مواد سوختنی به دسته‌های مختلفی تقسیم می‌کنند. در امریکا و ژاپن توسط مراجع رسمی حریق در چهار دسته (A, B, C, D) در اروپا و استرالیا به پنج دسته (A, B, C, D, E) تقسیم بندی شده است. دسته A در همه تقسیم بندی‌ها مواد جامدی است که خاکستر بجا می‌گذارد. دسته B مواد نفتی و مایعات قابل اشتعال. دسته D شامل فلزات قابل اشتعال می‌باشد. در تقسیم بندی امریکایی دسته C آتش دسته D شامل حریق‌های الکتریکی منظور شده است. اما در تقسیم بندی اروپایی این دسته شامل گازهای آتش گیر می‌باشد و دسته E شامل حریق الکتریکی است. اخیراً دسته جدیدی تحت عنوان K یا F اضافه شده است که بعلاوه وسعت حریق‌ها جای خود را باز نموده است. این دسته مربوط به حریق آشپزخانه و روغن‌های آشپزی است. از آنجایی که تقسیم بندی مورد تایید کشور ما تقسیم بندی اروپایی است که مورد تایید ISO نیز می‌باشد، ما در اینجا به توضیح در خصوص این تقسیم بندی می‌پردازیم.

### آتش دسته A

این نوع آتش سوزی از سوختن مواد معمولی قابل احتراق، عموماً جامد و دارای ترکیبات آلی طبیعی یا مصنوعی حاصل می‌شود. این منابع کاغذ، پارچه، چوب، پلاستیک و امثال آن است که پس از سوختن از خود خاکستر به جا می‌گذارند. خاموش کننده‌هایی که برای کنترل آن بکار می‌روند علامتی مثلث شکل و سبز رنگ با نشان A دارند. منبای اطفاء آنها بر خنک کردن است.

### آتش دسته B

این آتش در اثر سوختن مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (عموماً مواد نفتی و روغنهای نباتی) پدید می‌آید. خاموش کننده‌هایی که برای این دسته مناسب هستند دارای برچسب مربع قرمز رنگ با علامت B هستند. اطفاء این حریق عموماً مبتنی بر خفه کردن است.

### آتش دسته C

این دسته شامل آتش سوزی ناشی از گازها یا مایعات یا مخلوطی از آنهاست که براحتی قابلیت تبدیل به گاز را دارند مانند گاز مایع و گاز شهری ، این گروه نزدیکترین نوع حریق به دسته B می باشد و خاموش کننده های مربوطه با علامت C در مربع آبی رنگ مشخص می شوند . راه اطفاء این حریق خفه کردن و سد کردن مسیر نشت می باشد.

#### آتش دسته D

حریق های این دسته ناشی از فلزات سریع اکسید شونده مانند منیزیم، سدیم، پتاسیم و امثال آن می باشد و خاموش کننده های مناسب برای اطفاء آنها با علامت ستاره زرد رنگ با نشان D مشخص می شوند .

#### آتش دسته E

این دسته شامل حریقهای الکتریکی می باشد که عموماً در وسایل الکتریکی و الکترونیکی اتفاق می افتد مانند سوختن کابلهای تابلوبرق یا وسایل برقی و حتی سیستم های کامپیوتری ، نامگذاری این دسته نه بخاطر متفاوت بودن نوع ماده سوختنی بلکه بخاطر مشخصات وقوع ، اهمیت و نوع دستگاه است که حریق در آنها رخ می دهد . راه اطفاء این دسته قطع جریان برق و خفه کردن حریق با گاز CO<sub>2</sub> یا هالون و هالوکربن می باشد . خاموش کننده هایی که قابلیت کنترل آن را دارند با حرف E نشان داده می شوند.

روشهای عمومی اطفاء حریق :

اصولاً اگر بتوان یکی از اضلاع هرم حریق ( حرارت ، اکسیژن ، مواد سوختنی یا واکنش های زنجیره ای) را کنترل و محدود نموده یا قطع کرد ، حریق مهار می شود. روشهای عمومی بر اساس ماهیت حریق به اشکال زیر می باشد :

الف- سرد کردن (عمدتاً بوسیله آب)

ب- خفه کردن

ج- سد کردن یا حذف ماده سوختنی

د- کنترل واکنش های زنجیره ای

مواد خاموش کننده آتش

موادی که بعنوان خاموش کننده آتش به کار می روند در ۴ دسته قرار می گیرند . بدلیل لزوم سرعت عمل و افزایش پوشش خاموش کننده ها ، می توان از دو یا چند عنصر خاموش کننده بطور همزم ان استفاده نمود . طبعاً هر کدام از مواد یاد شده در اطفاء انواع حریقها دارای مزایا و معایبی می باشند . این گروه شامل گروههای زیر است :

الف - مواد سرد کننده (آب، CO<sub>2</sub>)

ب\_ مواد خفه کننده (کف -CO<sub>2</sub> - خاک - ماسه )

ج - مواد رقیق کننده هوا ( CO<sub>2</sub>- N<sub>2</sub> )

د- مواد محدود کننده واکنش های زنجیره ای شیمیایی ( هالون و پودر های مخصوص )

#### انواع کپسول های آتش نشانی

آب یکی از آشناترین مواد برای خاموش کردن آتش است؛ اما اگر به شکل صحیحی به کار گرفته نشود می تواند از آتش نیز خطرناک تر باشد با یک دستگاه خاموش کننده آتش که به وسیله آب کار می کند می توان آتشی را که مسبب آن چوب، کاغذ یا مقواست خاموش کنید؛ اما اگر آتش به وسیله الکتریسیته به وجود آمده باشد و یا این که مایعات قابل اشتعال سبب آتش شده باشند، آب روش مؤثری برای کنترل آن نیست زیرا آب می تواند جریان برق را هدایت کند و سبب برق گرفتگی شود. هم چنین مایعات قابل اشتعال به وسیله آب به اطراف پخش می شوند و سبب گسترش آتش سوزی می شوند. یکی از محبوب ترین مواد خاموش کننده آتش دی اکسید کربن خالص است . در کپسول آتش نشانی که با دی اکسید کربن کار می کند، دی اکسید کربن به شکل مایعی تحت فشار بالا در سیلندر نگهداری می شود . وقتی محفظه باز می شود، دی

اکسید کربن منبسط می شود و در اتمسفر به شکل گاز در می آید. دی اکسید کربن سنگین تر از اکسیژن است. بنابراین جایگزین اکسیژن اطراف ماده سوختنی می شود. در رستوران ها از این نوع کپسول ها استفاده می شود، زیرا آلودگی برای مواد غذایی و وسایل آشپزی ایجاد نمی کنند. بهترین انواع مواد خاموش کننده آتش، کف های خشک شیمیایی یا پودرها هستند که بیشتر از بی کربنات سدیم، بی کربنات پتاسیم یا مونو آمونیوم فسفات ساخته می شوند. بی کربنات پتاسیم وقتی دما به ۷۰ درجه سانتی گراد می رسد شروع به تجزیه شدن کرده، دی اکسید کربن آزاد می کند. این دی اکسید کربن روی آتش را می پوشاند و آن را خفه می کند. از کپسول های آتش نشانی تنها در آتش سوزی های مختصر می توان بهره گرفت. زیرا حاوی مقدار کمی از مواد خاموش کننده آتش هستند. در آتش سوزی های بزرگتر نیاز به تجهیزات بزرگتری از قبیل ماشین آتش نشانی و افرادی متخصص است که بدانند هر آتشی باید به وسیله چه چیزی فرو نشانده شود؛ اما به هر حال اگر یک آتش سوزی ناگهانی در منزل یا محیط کارتان به وجود آید، یک کپسول آتش نشانی می تواند نجات دهنده فوق العاده گرانبهائی برای زندگی شما محسوب شود. کپسول های آتش نشانی به چند کلاس تقسیم بندی می شوند. کپسول های کلاس A می توانند آتش سوزی های ناشی از مواد معمولی از قبیل چوب و پلاستیک و کاغذ را خاموش کنند. کپسول های کلاس B می توانند آتش های ناشی از مایعاتی چون بنزین یا گریس را فرو نشانند. کلاس C مربوط به آتش سوزی های الکتریکی است و کلاس D نیز برای خاموش کردن فلزات شعله ور و نایاب به کار می رود.

## مدیریت خطر

آمار حاکی از آن است که درصد غیرقابل اغماضی از بیماران در مواجهه با سیستم های نظام سلامت بخصوص بیمارستان ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می گردند. برای اینکه سازمان های بهداشتی- درمانی بعنوان مراکز قابل اطمینان تلقی گردند بایستی یک نظام اثربخش مدیریت ریسک جهت شناسایی نقایص سیستمی و ارتقای ایمنی بیمار طراحی و اجرا گردد.

### مدیریت ریسک در حوزه سلامت

**تعریف:** انجام فعالیت های بالینی و اداری برای شناسایی، ارزیابی، و کاهش خطر آسیب به بیماران، کارکنان، و ملاقات کنندگان و خطر از دست دادن خود سازمان

مدیریت خطر :

شناسایی، بررسی، تجزیه و تحلیل، و ارزیابی خطرات

و

انتخاب با صرفه ترین روش :

تصحیح، کاهش یا حذف خطرات قابل شناسایی

### ضرورت های مدیریت ریسک

- در تمامی اقدامات سازمانی، امکان تصمیم گیری متعدد است.

- شرایط تصمیم گیری در زمانها و مکانهای مختلف ، متفاوت است.
- عواقب تصمیم گیری در شرایط مختلف متفاوت است .
- وقایع آینده عمدتا غیر قابل پیش بینی و عدم قطعیت قاعده عام است.
- درجه پیچیدگی سازمانها و میزان تعامل آنها با محیط ، با میزان توجه به مدیریت ریسک ارتباط مستقیم دارد.
- همیشه می توان با اعمال مدیریت علمی و تحلیل ریسک احتمال ضرر و زیان به شرکت را به حداقل رساند.

### علل نیاز به مدیریت ریسک در نظام سلامت

- افزایش ایمنی بیمار
  - افزایش انتظارات بیمار ، متخصصان و کارکنان
  - فشارهای رقابتی در بازار سلامت
  - فشار مداوم هزینه های داخلی
  - آرایه خدمات مطلوب توسط بیمارستانها که از سوی دولت مطالبه میشود
  - افزایش سطح شکایات ، ادعاها و شکایت های قانونی
- بررسی رضایت بیماران ، نقاط ضعف و ذهنیت منفی را نشان می دهد. تحقیقات بالینی نیاز به بهبود را نشان می دهد .

### چهار روش مدیریت ریسک

- اجتناب از خطر
- به حداقل رساندن و یا کاهش اثرات منفی خطر
- انتقال خطر
- پذیرش برخی یا تمامی عواقب ناشی از خطر

### ۷ مرحله در فرایند مدیریت ریسک

- زمینه سازی
- شناسایی ریسک
- تحلیل ریسک
- ارزیابی ریسک
- استراتژی جهت کاهش، حذف و یا انتقال ریسک
- بررسی و نظارت مداوم

## ➤ ارتباطات موثر و مشاوره

## \* کدام یک از منابع اطلاعاتی را برای شناسایی خطرات استفاده کنیم؟

تجارب قبلی

افراد با تجربه در سازمان

اسناد و مدارک ، گزارش ها ، پروتکل ها ، روش های اجرایی، برنامه ها ، آموزش ...

بازرسی ، ممیزی داخلی ، هشدارها، حوادث و سوانح ثبت شده، شکایات...

مصاحبه ها ، نظرسنجی ها ...

**مدیریت بحران**

مدیریت بحران مجموعه ای از چاره جویی ها و تصمیماتی است که در مقابله با بحران انجام می گیرد و هدف آن کاهش روند بحران، کنترل بحران و کاهش و رفع بحران است. مدیریت بحران عبارت است از فرآیند برنامه ریزی ها و اقدامات دولتی ، دستگاه های اجرایی و عمومی ، که با مشاهده و تجزیه و تحلیل بحران ها به صورت یکپارچه ، جامع و هماهنگ و با استفاده از ابزارهای موجود در جهت پیشگیری ، آماده سازی ، مقابله و بازسازی ، تمهیداتی را برای مقابله با بحران های احتمالی آتی پیش بینی نماید

**استانداردهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی**

مطالعات بسیاری در زمینه محتوای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی صورت گرفته است . یکی از معتبرترین استاندارد های موجود برای محتوای این برنامه استاندارد آمادگی بیمارستانی است که توسط کمیته مشترک اعتبار سنجی سازمان های ارائه خدمات سلامت (JCAHO) ارائه شده است.

براساس این استاندارد حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید تمهیدات لازم را در موارد زیر به کار گیرد:

• ارزیابی خطر – آسیب پذیری (Hazard Vulnerability Assessment)

• شیوه فعال شدن برنامه (Activation)

• تلفیق برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی با برنامه حوادث غیرمترقبه جامعه

• آگاه نمودن مسئولین خارج از بیمارستان از رخداد حادثه

- اعلام هشدار به پرسنل بیمارستان در مورد فعال شدن برنامه
- شناسایی پرسنل بیمارستان
- اسکان و نقل و انتقال پرسنل
- فراهم نمودن حمایت از خانواده پرسنل بیمارستان
- حفظ مدیریت منابع (مانند دارو، تجهیزات پزشکی، غذا، آب و...
- کنترل دستی، ازدحام و ترافیک بیماران
- حفظ ارتباط با رسانه‌ها
- جابجایی (Evacuation) و تعیین محل جایگزین برای درمان بیماران در صورت نیاز
- پیگیری بیماران و مدیریت درمان و مدارک پزشکی آنها در جریان جابجایی
- ایجاد و حفظ پشتیبانی ارتباطات و تسهیلات
- ایجاد شرایط و وسایل مقابله و قرنطینه بیماران آلوده با مواد خطرناک
- تعیین مسئولیت‌های پرسنل در جریان حوادث غیرمترقبه
- استفاده از یک ساختار فرماندهی منطبق یا ساختار فرماندهی محلی در جریان حوادث غیرمترقبه
- آموزش
- ارزیابی سالیانه برنامه و به روز نمودن آن

### موقعیت‌های بروز حادثه (Situation)

هر مرکز مراقبت پزشکی و از جمله بیمارستان‌ها باید برای پاسخ در مقابل دو موقعیت غیرمترقبه عمده آمادگی لازم را داشته باشند این دو موقعیت عبارتند از:

#### ۱ - حوادث غیرمترقبه خارجی (External Disasters)

طبق تعریف به حوادثی اطلاق می‌گردد که از خارج از فضای فیزیکی بیمارستان منشأ می‌گیرند و با ایجاد تعداد زیاد بیماران موجب توقف عملکرد طبیعی بیمارستان می‌شوند. مثال‌هایی از حوادث غیرمترقبه خارجی عبارتند از:

- سیل



- نشست مواد مضر
- آتش سوزی وسیع
- مواجهه با پرتو رادیواکتیو
- حوادث با تلفات متعدد
- هر سناریویی که خارج از بیمارستان رخ داده و تعدادی از بیماران را ایجاد نماید که از بتوان پاسخگویی بیمارستان خارج است و یا به علا نوع بیماری چنین امکاناتی وجود ندارد

## ۲ - حوادث غیرمترقبه داخلی (Internal Disasters):

بر طبق تعریف هر حادثه ای است که در فضای فیزیکی بیمارستان رخ دهد و تهدیدی از نوع بیماری، جراحات و یا تخریب به بیمارستان، بیماران، پرسنل و بازدیدکنندگان وارد نماید. نمونه‌هایی از حوادث غیرمترقبه داخلی در زیر آورده شده است:

- بمب گذاری
  - گروگان گیری
  - قطع ارتباطات
  - قطع برق یا آب
  - آتش سوزی
  - سیل
  - مواد مضر / پرتوهای رادیواکتیو
  - نقص سیستم گرمایشی
  - قطع گازهای درمانی
- موقعیت وقوع حوادث غیرمترقبه بیمارستانی را می توان براساس شدت و میزان تاثیر بر بیمارستان نیز تقسیم بندی کرد . بر این اساس پنج موقعیت قابل تصور است که عبارتند از:

۱. حوادث غیرمترقبه داخلی: مانند آتش سوزی، انفجار، نشست یا آزاد شدن مواد مضر

۲. حوادث غیرمترقبه خارجی جزئی: تعداد محدودی مصدوم ایجاد می کند.

۳. حوادث غیرمترقبه خارجی عمده: تعداد زیادی مصدوم ایجاد می‌کند.

۴. تهدیدات ناشی از حوادث غیرمترقبه متوجه بیمارستان یا جامعه می باشد: مانند آتش سوزی در نزدیکی بیمارستان و طوفان، سیل یا انفجار قریب الوقوع.

۵. حوادث غیرمترقبه ای که در منطقه ای دیگر رخ می‌دهد.

### مراحل اجرایی برنامه حوادث غیر مترقبه

۱. مرحله تهیه برنامه (Preparation phase): این مرحله شامل ایجاد و پیاده کردن برنامه می باشد و مهم ترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:

o. مرحله آمادگی (Preparation phase)

o. مرحله اعلام خطر (Alert Phase)

o. مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)

o. مرحله توقف برنامه (Termination Phase) و ارزیابی بعد از حادثه

مرحله آمادگی (Preparation Phase)

این مرحله شامل فراهم نمودن مقدمات لازم برای اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه می‌باشد و مهمترین مباحث مطرح در آن عبارتند از:

### ایجاد کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی:

هر بیمارستان باید کمیته حوادث غیرمترقبه را با هدف تهیه، توزیع، پیگیری و به روز کردن برنامه حوادث غیرمترقبه تشکیل دهد. این کمیته همچنین مسئولیت آموزش پرسنل و هماهنگی با دیگر سازمان‌های دخیل در بخش سلامت را بر عهده دارد. هر چند ترکیب ثابتی برای اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان وجود ندارد ولی پیشنهاد می‌شود مسئولین زیر و یا نمایندگان آنها در ترکیب این کمیته حضور داشته باشند:

۱. ریاست بیمارستان و قاعده مقام او

۲. مسئول امنیت / آتش سوزی بیمارستان

۳. نمایندگان بخش اورژانس (شامل پزشکان و پرستاران)

۴. سوپروایزر بیمارستان

۵. نماینده پرستاران ارشد بیمارستان

۶. مدیر بیمارستان

۷. نماینده خدمه بیمارستان (شامل بیماربر/تدارکات/نظافت)

۸. نماینده پاتولوژی (شامل مسؤل بانک خون)

۹. مسؤل داروی بیمارستان

۱۰. نماینده خدمات آمبولانس

۱۱. رابط مطبوعات بیمارستان

۱۲. نمایندگان دیگر بخش‌های بیمارستان به ویژه اگر بخش‌های مزبور نقش موثری در مقابله با حوادث غیرمترقبه داشته باشند (بخش جراحی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، داخلی، زنان)

۱۳. نماینده بخش مددکاری اجتماعی

۱۴. نماینده خدمات سلامت روان بیمارستان

جلسات کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی باید به صورت ماهیانه یا با فواصل کمتر برگزار شود. مباحث مطروحه در جلسه باید مکتوب شده و اهم آنها به اطلاع تمام پرسنل بیمارستان برسد. این کمیته باید مصوبات خود را در قالب پیشنهادات معین به کمیته اجرایی بیمارستان ارائه نموده و پیاده شدن آنها را پیگیری نماید.

برقراری ارتباط با دیگر موسسات فعال در بخش سلامت و همکاری و هماهنگی با آنها از وظایف این کمیته است. بیمارستان باید از ظرفیت عملکرد دیگر بیمارستان‌ها و موسسات از جمله پلیس، آتش‌نشانی، EMS و موسسات داوطلب مطلع باشد. برنامه بیمارستانی حوادث غیرمترقبه باید بتواند در هماهنگی با دیگر موسسات پاسخ بیمارستان را هدایت نماید.

### تعیین زنجیره مسئولیت حوادث غیرمترقبه

فردی که مسئولیت اعلام خطر و اجرای برنامه حوادث غیرمترقبه را بر عهده دارد باید از قبل مشخص گردد. این فرد که به عنوان فرمانده حادثه (IncidentCommander) انتخاب می‌گردد دارای مسئولیت مشخص می‌باشد و از بین با سابقه‌ترین و مجرب‌ترین افراد موظف در بیمارستان برگزیده می‌شود. این فرد به طور مستقیم در فرآیندهای اجرا، یی و درمانی بیمارستان دخالت ندارد تا بتواند فرماندهی و هماهنگی تمامی واحدهای بیمارستان را انجام دهد. این فرد وظیفه تقسیم مسئولیت‌ها را در مرکز فرماندهی حوادث بیمارستان را انجام دهد. همانطور که بعداً اشاره خواهد شد وظیفه اعلام خطر و هشدار به پرسنل و اعلام تمام پاسخ بیمارستان نیز بر عهده این فرد می‌باشد. در مواردی که فرد یا افرادی از پیش تعیین شده در دسترس نباشند افراد زیر به ترتیب مسئولیت فرماندهی پاسخ بیمارستان را بر عهده می‌گیرند. (این مسئولیت‌ها برحسب موقعیت و نوع بیمارستان قابل تغییر هستند و توسط کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستانی تعیین می‌شوند) رئیس بیمارستان

• مدیر بیمارستان

• مترون بیمارستان

• سوپروایزر مسؤل در هنگام وقوع حادثه

• ریاست اورژانس بیمارستان

## تعیین مرکز عملیات اضطراری

**(Incident Command Center) یا (Emergency Operation Center)**

مسئولین حوادث غیرمترقبه بیمارستان در مرکز عملیات اضطراری بیمارستان گرد هم می آیند. این مرکز محلی از پیش تعیین شده در محل امنی از بیمارستان می باشد که حداکثر امکانات ارتباطی با دیگر بخش های بیمارستان و واحدهای خارج از آن را دارد . مرکز عملیات اضطراری بیمارستان به طور خاص باید با مسئولین بخش پذیرش بیماران، بخش اورژانس، بخش های داخلی و جراحی، آزمایشگاه ها، داروخانه، بانک خون، مدارک پزشکی، امنیت (حراست)، خدمات عمومی بیمارستان در ارتباط باشد. در ضمن این مرکز باید با دیگر بیمارستان های منطقه و نیز کمیته محلی دفاع شهری ارتباط داشته و هماهنگی های لازم را صورت دهد.

**تعیین علائم و نشانه ها (signs):**

بیمارستان باید دیالگرام های مربوط به ساختمان و علائم خروجی های اضطراری برای جابجایی بیماران را به طور واضح تهیه و در محل های مناسب نصب نماید. علائم ترافیکی برای ماشین ها و آمبولانس ها نیز باید در محل های قابل رویت نصب شوند.

فراهم کردن ذخایر دارویی و تجهیزات پزشکی:

تمام بیمارستانها باید ذخیره ای از داروهای ضروری (Essential Drugs) و تجهیزات پزشکی مورد نیاز برای حوادث غیرمترقبه گسترده را تهیه نمایند. این ذخایر باید بصورت دوره ای بازبینی شده و در صورت اتمام تاریخ مصرف داروها جایگزین شوند . این ذخایر باید شامل خون کامل (Whole Blood) و ابزار مورد نیاز برای جراحی عمومی، سوختگی ها و جراحیهای ارتوپدی باشد.

**برقراری ارتباط داخلی و خارجی:**

ارتباطات نقش حیاتی در جریان حوادث غیر مترقبه دارند و بیمارستان باید سیستم های جایگزین ارتباطی را در اختیار داشته باشد تا در صورت بروز مشکل بتواند از آنها استفاده نماید . سیستم ارتباطی داخلی بین بخشهای مختلف بیمارستان باید برقرار شود . بلندگوها، خطوط تلفن داخلی (بی سیم رادیویی دوسویه ) از دیگر ابزارهای ارتباطی جایگزین محسوب می شوند. در ضمن وسایل ارتباطی برای فراخوانی پرسنلی که در حال انجام وظیفه نیستند نیز باید مدنظر قرار گیرد . در این مورد می توان برنامه از پیش تعیین شده ای را اجرا نمود تا هر فرد پس از اطلاع از بروز حادثه دو یا سه نفر از همکاران نزدیک به خود را آگاه نماید.

**فراهم کردن منابع جایگزین برای آب، برق و سوخت:**

هر چند چنین منابعی باید به هنگام ساخت بیمارستان در نظر گرفته شده باشند ولی تجربه نشان می دهد که برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید برای فراهم کردن این منابع جایگزین در جریان حوادث غیرمترقبه اقدامی جدی انجام دهد.

**نقل و انتقال (Transportation):**

هر بیمارستان باید فهرست کاملی از تعداد آمبولانسها، واحدهای سیار و دیگر وسایل نقلیه در خدمت خود را که قادر به ارائه خدمات مؤثر هستند بصورت دوره ای تهیه نمایند چرا که این مسئله بر ظرفیت پاسخ دهی بیمارستان تأثیر مستقیم دارد . برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید به طور واضح اولویت استفاده از این وسایل نقلیه، تخصیص سوخت به آنها و افراد مسئول در قبال هر یک را مشخص نماید . از وسایلی که برای جابجایی بیماران مورد استفاده قرار می گیرند مانند برانکار، صندلی چرخدار، باید فهرست تهیه شود و محل نگهداری و انبار شدن آنها دقیقاً معلوم گردد.

## مشخص نمودن پرسنل:

تمامی پرسنلی که در فضای پذیرش بیماران و نیز در بخشهای کلیدی بیمارستان مشغول به فعالیت هستند باید برای سازماندهی و همچنین حفظ امنیت از یونیفرمها و یا علائم متحدالشکلی استفاده کنند. اعضای کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان، جراح مسئول تریاژ و پرسنل کلیدی حتماً باید از بازوبند یا آرم مشخص استفاده کنند.

## تخصیص منابع به فضای پذیرش بیماران:

توزیع و سازماندهی منابع مناسب در فضای محل پذیرش بیماران برای پاسخ مؤثر این واحد لازم است. پرسنل باید در تیمهایی متشکل از یک جراح، یک پزشک داخلی، یک پرستار و دو نفر بهیار سازماندهی شوند. ترکیب این تیمها به پرسنل موجود و در دسترس بیمارستان بستگی دارد و قابل تغییر است.

## آماده سازی لوازم و تجهیزات پزشکی:

لوازم پزشکی و تجهیزات پایه باید در جعبه ای با برجسب مشخص قرار گیرند تا انتقال آنها را به فضای پذیرش بیمارستان تسهیل نماید. محتویات این جعبه ها می تواند شامل تجهیزات اولیه تنفسی و کپسولهای اکسیژن، وسایل پانسمان و مایعات ضد عفونی کننده، داروهای اورژانس، وسایل اولیه جراحی، مایعات داخل وریدی، وسایل گچ گیری و آتل گذاری، ف رم ها، برجسبهای تریاژ، کارتهای تشخیص هویت و تجهیزات اداری دیگر باشد. فضای پذیرش بیماران باید طوری طراحی شود که امکان استفاده از دستگاه عکسبرداری سیار اشعه X و وسایل جراحی و بیهوشی را فراهم نماید. در مرکز فضای پذیرش بیماران باید محلی برای قرارگیری برانکارده ۱ و صندلیهای چرخ دار در نظر گرفته شود.

## آماده سازی بخش جراحی:

در جریان مرحله هشدار حوادث غیرمترقبه اتاق عمل جراحی بیمارستان باید آمادگیهای لازم را فراهم نماید. تمامی اعمال جراحی غیراورژانس باید کنسل شوند و اتاق ریکاوری باید به سرعت آماده شوند. بخش جراحی باج پرسنل ذخیره خود را به نحوی سازماندهی کند که امکان فعالیت ۲۴ ساعته را داشته باشد. ریاست بخش جراحی باید از وجود تعداد کافی گانها و پوششهای اتاق عمل و وسایل استریل جراحی برای اعمال جراحی مورد نیاز اطمینان یابد.

## آماده سازی بخش اورژانس:

معمولاً ریاست بخش اورژانس فرد مسئول تریاژ و سازماندهی فضای پذیرش بیماران است. پرسنل بخش اورژانس با سازماندهی در تیمهای اضطراری به انجام تریاژ و خدمات اورژانس می پردازند. در جریان مرحله اعلام خطر بخش اورژانس فعالیت عادی خود را متوقف نموده، اولویت درمان بیماران پذیرش شده قبلی را تعیین کرده، اتاق انتظار بخش را تخلیه می نماید و پرسنل بخش جعبه های حاوی تجهیزات و لوازم پزشکی را به فضای پذیرش بیماران منتقل می کنند. پس از هشدار حوادث غیرمترقبه ریاست بخش اورژانس باید تماس و هماهنگی نزدیک با دیگر بخشهای بیمارستان بویژه مرکز عملیات اضطراری، بخش جراحی و بخش امنیت (حراست) داشته باشد.

## آماده سازی دیگر بخشها و خدمات بیمارستان:

بخشهای داخلی، اطفال، زنان، مامایی و دیگر تخصصها باید فعالیتهای عادی خود را ادامه دهند مگر اینکه شدت حادثه غیرمترقبه به حدی با شد که پیاده شدن کامل برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و یا تخلیه کل بیمارستان توسط مرکز عملیات اضطراری اعلام گردد. در چنین وضعیتی جز حداقل پرسنلی که برای ادامه کار بخشها مورد نیاز است بقیه نیروها باید تحت فرماندهی مرکز عملیات اضطراری به اجرا شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان بپردازند.

## آماده سازی سیستم پرستاری بیمارستان:

پرستاران و بهیاران نه تنها نقش مهمی را در رابطه مستقیم با بیماران ایفا می کنند بلکه به علت آشنایی بیشتر با خدمات ارائه شده، گردش کار بخشها و محل قرارگیری تجهیزات و منابع می توانند در پیاده شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بسیار مؤثر باشند. پرستاران باید در زمینه اجزا و فرایندهای برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان و مراقبت از بیماران آسیب دیده در جریان حوادث غیرمترقبه آموزشهای خاص دیده باشند.

## آماده سازی بخشهای پاراکلینیک:

داروخانه، آزمایشگاه، بانک خون و رادیولوژی باید فعالیت عادی خود را متوقف نموده و مواد و تجهیزات لازم جهت فعالیت ۲۴ ساعته را فراهم نمایند. داروخانه باید امکان پشتیبانی دارویی و تجهیزاتی خدمات اورژانس بیمارستان را در جریان حادثه غیرمترقبه با استفاده از ذخایر بیمارستان فراهم نماید و فهرست اقلام توزیع شده را نگهداری کند. آزمایشگاه فقط باید آزمایشات بسیار اورژانس را انجام دهد. نقش اصلی آزمایشگاه در جریان حادثه غیرمترقبه تعیین گروه خونی و RH و آماده کردن واحدهای خون برای تزریق می باشد. ریاست بخش رادیولوژی باید از حضور تعداد پرسنل و تکنسینهای کافی جهت انجام خدمات ثابت و سیار تصویربرداری و تعداد کافی فیلم و مواد ظاهر کننده اطمینان یابد.

## آماده سازی بخشهای اداری:

نقشهای اصلی بخش اداری بیمارستان در جریان حوادث غیرمترقبه عبارتند از حمایت از بخشهای پاراکلینیک، اطمینان از حضور افراد در پستهای مسئولیتی، تسهیل مسائل مالی و اقتصادی و فراهم کردن امکانات رفاهی و تغذیه‌ای. هماهنگی در زمینه مسائل مرتبط با بیمه و دیگر هزینه‌های بیماران باید توسط این واحد تسهیل شود.

## آمادگی واحد امنیت (حراست) بیمارستان:

نقش واحد حراست بیمارستان در جریان حادثه غیرمترقبه نه تنها حفظ امنیت داخل و اطراف بیمارستان است بلکه مسئولیت کنترل ترافیک منتهی به بیمارستان جهت دسترسی مناسب آمبولانسهای حاوی مجروحین به فضای پذیرش بیماران نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستمهای ارتباطی آن نیز بر عهده این واحد است. حفاظت از تأسیسات حیاتی بیمارستان و سیستمهای ارتباطی آن نیز بر عهده واحد حراست می باشد. این واحد ارتباط نزدیکی با مرکز عملیات اضطراری و بخش اورژانس بیمارستان دارد. در صورت ناکافی بودن پرسنل این واحد باید برای انجام مسئولیت خود از پلیس درخواست کمک نماید.

## آمادگی واحد ارتباط مردمی و ارتباط با مطبوعات:

تقاضای متعدد مردم، بستگان قربانیان و نمایندگان مطبوعات برای دریافت اطلاعات گاهاً فعالیت بیمارستان را دچار اختلال می کند. برای ساماندهی امر اطلاع رسانی برنامه حوادث غیرمترقبه باید دو اتاق مجزا را یکی برای مردم و بستگان قربانیان و یکی برای نمایندگان مطبوعات در نظر بگیرید. اتاق اطلاع رسانی به مطبوعات حتماً باید از بخش درمانی بیمارستانی فاصله داشته باشد. واحد ارتباطات مردمی می تواند اطلاعات را از طریق بولتنهای ساده ای تهیه و توزیع نماید.

## آمادگی خدمات عمومی بیمارستان:

بخشهای نگهداری (Maintenance)، لاندری، استریلیزاسیون، آشپزخانه و دیگر خدمات باید خود را برای پاسخ دهی به نیازهای ایجاد شده در جریان حادثه غیرمترقبه آماده کنند. عدم ایجاد آمادگی و هماهنگی این واحدها ممکن است کارایی کلی بیمارستان را کاهش دهد. هماهنگی لازم جهت حضور پرسنل ذخیره برای ارائه مستمر این خدمات باید صورت گیرد.

مرحله پاسخ اورژانس (Emergency Response Phase)

فعال شدن برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستانی براساس شدت حادثه غیرمترقبه در این مرحله اتفاق می افتد. در واقع در این مرحله با استفاده از آمادگی‌های ایجاد شده در مرحله اعلام خطر برنامه حوادث غیرمترقبه فعال و پاسخ بیمارستان را هدایت می کند. همانطور که اشاره شده شیوه پاسخ بیمارستان به سطح فعال شدن برنامه بستگی دارد . برای مثال در حوادث غیرمترقبه سطح ۱ تغییرات عمده در پرسنل بیم ارستان رخ نمی‌دهد حال آنکه در حوادث سطح ۳ چینش و فعالیتهای آنها بطور کلی تغییر می‌یابد. مسائل مهمی که در این مرحله پیش روی مجریان برنامه قرار دارد عبارتند از:

### تربایژ در بدو ورود بیماران به بیمارستان:

بیماران ممکن است توسط آمبولانس، وسایل نقلیه شخصی و یا با پای خود به بیمارستان مراجعه نمایند. و یا ممکن است قبلاً در محل حادثه تربایژ شده و با برچسب‌های معین به بیمارستان انتقال یابند . در تمام این موارد تیمهای تربایژ بیمارستان که بیماران را در بدو ورود به فضای پذیرش بیمارستان دریافت می کنند باید سریعاً وضعیت بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و در صورت نیاز برچسب های تربایژ آنها را تغییر دهند. تربایژ در بدو ورود به بیمارستان حتی الامکان باید توسط یک جراح یا فرد آموزش دیده انجام گیرد . فضای پذیرش بیماران باید تنها مجرای ورود بیمار به بیمارستان باشد.

### تشخیص هویت و ثبت اطلاعات:

برنامه حوادث غیرمترقبه باید مکانیسمی را جهت تشخیص هویت و ثبت دقیق اطلاعات بیماران در شرایط اضطراری تعیین نماید چرا که ازدحام بیش از اندازه بیماران در چنین وضعیتی ممکن است باعث سهل انگاری یا نقص در ثبت و نگهداری اطلاعات مربوط به بیماران شود . فرمهای ثبت اطلاعات، کارتهای تشخیص هویت و کارتهای تربایژ باید تهیه و در دسترس باشد. این فرمها که برای مستندسازی سابقه بالینی و درمانهای دریافتی بیمار مورد استفاده قرار می گیرند باید جهت جمع آوری ضروری ترین اطلاعات طراحی شده باشد . کارتهای تربایژ از هر سیستمی که تبعیت نمایند باید برای پرسنل بیمارستان مفهوم و شناخته شده باشند.

### فضاهای درمانی بیمارستان:

بیمارستان باید فضاهای بستری و درمان بیماران را براساس اولویت درمانی آنها از پیش تعیین نماید. اکثر بیمارستانها جهت تعیین اولویت درمانی از همان برچسب‌های رنگی تربایژ استفاده می‌کنند. رنگ قرمز به معنی بیمارانی که به توجه فوری نیازمندند، رنگ زرد به معنی آنهایی که آسیب جدی دارند ولی به توجه فوری نیاز ندارند، رنگ سبز به معنی بیمارانی که مرگ آنها مسجل شده است. علاوه بر سیستم اولویت بندی رنگی باید فضاهایی که برای هر دسته از بیماران مشخص شده است باید با نوارهای رنگی مشخص شود تا گردش بیماران بین بخشهای درمانی، بستری و اتاق عمل را تسهیل نماید. ارائه خدمات بیماران در هر یک از این بخشها باید در حداقل زمان ممکن انجام گیرد.

### سیستم ارجاع بیماران:

با وجود اینکه بیمارستان باید تمام تلاش خود را برای توسعه ظرفیت درمانی و پذیرش قربانیان حادثه غیرمترقبه انجام دهد در بسیاری از موارد بیماران به مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی نیازمندند که امکانات و تخصص لازم برای آنها در بیمارستان موجود نیست. در چنین مواردی ارجاع بیمار به مراکز درمانی دیگر باید مدنظر قرار گیرد. ارتباط نزدیک بیمارستانها در جریان حوادث غیرمترقبه و شبکه قوی نقل و انتقال بیمار می‌تواند این امر را تسهیل نماید.

### نگهداری و تشخیص اجساد:

بخش پاتولوژی مسئول سازماندهی تشخیص هویت بیمارستان می‌باشد. در صورت وجود واحد یا بخش پزشکی قانونی بیمارستان این واحد راساً این مسئولیت را بر عهده می‌گیرد. در صورتیکه سردخانه بیمارستان ظرفیت پذیرش اجساد را نداشته باشد باید محل موقتی برای نگهداری آنها

در نظر گرفته شود. در صورتیکه امکانات تخصصی و تجهیزات لازم برای تشخیص هویت قربانیان در اختیار نباشد بخش پاتولوژی بیمارستان باید از بیمارستانهای تابعه یا پلیس درخواست کمک نماید.

برنامه‌های حوادث غیرمترقبه خاص:

برنامه حوادث غیرمترقبه بیمارستان باید دارای برنامه‌های مکمل برای موقعیت‌های خاص چون آتش سوزی، پرتوهای رادیواکتیو، مسمومیت‌های دسته جمعی، آلودگی با مواد مضر و... باشد.

### مرحله توقف برنامه و ارزیابی بعد از حادثه غیرمترقبه (Termination Phase)

فرمانده حادثه غیرمترقبه از طرف مرکز عملیات اضطراری بیمارستان تمام بخشها و پرسنل را در جریان به اتمام رساندن و توقف اجرای برنامه قرار می‌دهد. این امر از طریق واحد تلفن مرکزی یا سیستم ارتباط داخلی بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از توقف برنامه فعالیت بیمارستان باید به حالت عادی بازگردد. تمامی مسئولین و رؤسای بخشهای بیمارستان باید گزارش‌های جنبه‌های مثبت و منفی فعالیت خود را به کمیته حوادث غیرمترقبه بیمارستان ارائه دهند. در نهایت این کمیته باید جلیه‌ای را با حضور افراد مسئول جهت نقد و بررسی پاسخ کلی بیمارستان تشکیل دهد. این جلسه باید شیوه‌های تصحیح و ارتقاء برنامه را مدنظر قرار دهد.

## استنداردهای ملی پوشش بیماران و کارکنان مؤسسات پزشکی

مقدمه: به استناد مواد 85 و 88 قانون برنامه چهارم توسعه و به منظور ارتقاء مستمر کیفیت خدمات سلامت، تعالی عملکرد خدمات بالینی افزایش بهره‌وری و حفظ حریم شخصی و کرامت انسانی، رعایت موازین و ضوابط عرفی و اجتماعی، حفظ سلامت ایمنی کارکنان و بیماران، ایجاد تصویر مثبت از اخلاق حرفه‌ای، افزایش ضریب امنیت فردی و شغلی کارکنان و شناسایی سریع آنان در محیط کار، استانداردهای پوشش افراد در مؤسسات پزشکی و ضوابط مرتبط با آن به شرح ذیل ابلاغ میشوند:

فصل 1) کلیات:

- ۱) در اجرای مواد این دستورالعمل رعایت مفاد راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی الزامی است.
  - ۲) لباس فرم کارکنان آموزشی و بهداشتی - درمانی مونث شامل روپوش، شلوار، مقنعه یا روسری (به طوریکه موهوگردن کاملاً پوشیده شوند)، کفش و جوراب می باشد.
  - ۳) لباس فرم کارکنان آموزشی بهداشتی، درمانی مذکر شامل روپوش، شلوار، کفش و جوراب می باشد.
  - ۴) لباس بیمارستری (مونث) شامل روسری یا مقنعه، پیراهن بلند (تاروی زانو) و شلوار می باشد.
  - ۵) لباس بیمارستری (مذکر) شامل پیراهن و شلوار می باشد.
  - ۶) ضرورتاً در تمام مسیرهای جابجایی بیماران (مونث) در داخل یا بین بخش‌ها، شنل بلند و گشاد یا چادر به پوشش بیماران افزوده میشود.
- فصل 2) ضوابط پوشش:



- ۷) لباس بیمار بستری باید حداقل این ویژگیها را تأمین کند: شناسایی آسان، ارائه خدمات مطلوب درمانی، برخورداری بیمار از راحتی و آسایش کافی و رعایت کرامت و حریم شخصی بیمار.
- ۸) رعایت تمامی شئون پوشش بدن و الزامات درمانی در داخل اتاقهای عمل، رادیولوژی، آنژیوگرافی و اسکوپهای در لباسهای ویژه مورد استفاده بیماران (گان) و حین انجام اعمال الزامی است. توجه به این موضوع قبل و بعد از بیهوشی و برای بیماران دچار اختلال حواس، کاهش سطح هوشیاری یا اختلالات روانی اهمیت دوچندان پیدا میکند.
- ۹) لباس فرم بایستی متناسب با حرفه و در رده های مختلف، متحدالشکل باشد.
- ۱۰) در درون بخشهای بیمارستان لباس استفاده از هرگونه پوشش غیر حرفه ای روی لباس فرم مصوب ممنوع است.
- ۱۱) در بخشهای ویژه، اتاق عمل، آنژیوگرافی و فضاهای استریل و نوزادان، کارکنان مکلف به پوشیدن لباس مخصوص این بخشها میباشند.
- ۱۲) رنگ و مدل لباس فرم و لباس مخصوص بخشهای مذکور در ماده فوق، متناسب با نیاز و درخواست هر مرکز درمانی باید به تأیید معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه برسد.
- ۱۳) روپوش باید سالم، تمیز، دگمه ها بسته، اطو کشیده، گشاد و حداقل تا حد زانو با ضخامت مناسب باشد به نحوی که لباس زیر روپوش قابل رویت نباشد. شلوار نباید تنگ، چسبان، کشی یا کوتاه (بالا ترازمچ) باشد.
- ۱۴) کفش باید تمیز، جلوبسته، قابل شستشو، با پنجه و پاشنه پهن باشد و نکات ایمنی متناسب با حرفه، در آن لحاظ شود و هنگام راه رفتن صدا ندهد.
- ۱۵) زیورآلات در نواحی از بدن که در معرض آلودگی میکربی یا محیطی هستند نباید استفاده شوند.
- ۱۶) استفاده از هرگونه ماده بودارتند یا حساسیت زا در محل کار ممنوع میباشد.
- ۱۷) ناخنها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشد. استفاده از لاک و رنگ ناخن و ناخن مصنوعی در محیطهای ارائه خدمات درمانی ممنوع است.
- ۱۸) الصاق کارت شناسایی عکسدار، حاوی نام خانوادگی کامل و حرف اول نام، سمت فرد و محل خدمت در جلوی لباس به نحوی که براحتی از فاصله ۲ متری قابل خواندن باشد برای تمامی کارکنان در محیطهای درمانی الزامی است. طرح، محتوی و رنگ زمینه هر رسته باید به تأیید ادارات حراست و امور نیروی انسانی دانشگاه علوم پزشکی در واحدهای دولتی و در سایر واحدها به تأیید کارفرما برسد.
- ۱۹) هرگونه تصویربرداری، فیلمبرداری و ضبط صدا از بیمار با استفاده از تلفن همراه و غیره بدون اجازه کتبی بیمار ممنوع است.

## امور اداری و مالی

قانونگرایی و جایگزینی ضوابط و مقررات، بجای روابط و تصمیمات فردی گام نخست دولتمردان در برنامه های توسعه قرار گرفته است که لازمه ی این، آگاهی رسانیدن درباره قوانین و مقررات و شیوه های انجام امور در زمینه های مختلف است نخستین گام این کلیات را در خصوص ورود به خدمت پرسنل آغاز میکنیم.

استخدام: استخدام اشخاص به خدمت رسمی دولت از طریق امتحان یا مسابقه انجام میشود. آیین نامه مربوط به طرز اجرای این ماده از طرف سازمان امور اداری و استخدامی کشور تهیه و به تصویب شورا میرسد.

ابلاغ: سازمان امور اداری و استخدامی کشور مکلف است جهت کلیه مستخدمین بدو ورود اعم از رسمی - پیمانی - قراردادی - طرحی - ضریب K - ابلاغ اولیه جهت تعیین محل خدمت صادر نمایند.

شروع بکار: موسسات دولتی موظفند تاریخ شروع بکار پرسنل را بر اساس ابلاغ رسیده تعیین و بر اساس آن حکم حقوقی برای پرسنل صادر نمایند.

پایانکار: پس از اتمام دوره ی خدمت - انتقالی - انصراف از خدمت - مأمور به خدمت و یا موارد دیگر که باعث عدم حضور نیرو در محل خدمت میگردد میبایست این امر پس از تسویه کامل نیرو از واحدها صورت پذیرد و برای مقامات بالاتر صادر گردد.

\*\*\*\*\*

آیین نگارش ، ویرایش و نامه نگاری اداری :

مکاتبات اداری عبارت است از نوشته هایی بمنظور آگاهی ، اطلاع رسانی ، و ایجاد خبر بین دو یا چند نفر و یا ارتباط فرد با مؤسسه ، ش رکت و سازمانهای مختلف. در سازمانهای اداری و رسمی ، کارها بر اساس سند یا تقاضای مکتوب انجام میشود زیرا لازم است جهت دستیابی آسانتر به سابقه ؛ موضوع یا بایگانی و بهره وری از چنین نامه هایی آسان گردد.

اصطلاحات رایج در نامه های اداری :

نامه های اداری اصطلاحاتی دارند که باید معنا و کاربرد آنها را فرا گرفت. که مهمترین آنها عبارتند از:

اقدام مقتضی / اندیکاتور / اندیکس / ایفاد / پیرو / عطف / بازگشت / مبذول / عنایت / پیوست / رونوشت / هامش / برابر مقررات / ...

اندازه و ابعاد نامه های اداری :

طبق دستور العمل اداره ی کل بهبود روشها در سازمان امو اداری و استخدامی کشور ، از سال ۱۳۴۹ به بعد ابعاد و اندازه هالی زیر بعنوان استاندارد ابلاغ شد.

قطع	شماره	میلی متر	کاربرد
بزرگتر	A3	۴۲۰ در ۲۹۷	برای جدول ها - نمودارها - صورتهای مالی
بزرگ	A4	۲۹۷ در ۲۱۰	ویژه ی نامه های بیش از ۵ سطر
کوچک	A5	۲۱۰ در ۱۴۸	یژه ی نامه های کمتر از ۵ سطر

در نامه نگاریهای اداری نام و نام خانوادگی مخاطب ، همیشه قبل از عنوان و مقام اداری او ذکر میشود. در حقیقت نام حقیقی افراد از عنوان و مقام آنها بالاتر است. در مرحله بعدی نامه نگاری سرلوحه / متن نامه و مشخصات امضاء کننده ی نامه قید میگردد.

\*مهم\*

مهمترین مسئله در نامه نگاری ادارات رعایت سلسله مراتب اداری ، قانونی موسسه ها و مسئولین زیربط میباشد.

آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت

ورود پرسنل شیفت	خروج پرسنل شیفت	ورود و خروج پرسنل اداری
صبحکار: ۰۷/۳۰	صبحکار: ۱۴	ورود: ۰۷/۳۰

عصر کار: ۱۳/۳۰	عصر کار: ۲۰:	خروج: ۱۴:
شبکار: ۱۹/۳۰	شبکار: ۸: صبح روز بعد	برای ورود بمحل خدمت پرسنل اداری فرجه ۰۷/۴۵ میباشد.

طبق تصویب نامه شماره ۸۱۴۵۰ هیأت وزیران؛ در خصوص آیین نامه حضور و غیاب کارکنان دولت طبق ماده ۱ - کلیه کارکنان مکلفند ساعات تعیین شده برای ورود و خروج به محل خدمت اقدام نمایند.

ماده ۲ - ورود بعد از ساعت مقرر و بدون کسب مجوز قبلی تأخیر حساب و خروج قبل از مجوز تعجیل محسوب میگردد.

ماده ۲ الف: تأخیر ورود و تعجیل خروج به مدت ۲ ساعت در هر ماه قابل اغماض بوده و در مرخصی استحقاقی منظور میگردد

ماده ۲ ب: تأخیر و تعجیل بیش از ۲ ساعت در ماه مستلزم کسر حقوق و فوق العاده شغل و مزایا خواهد بود

ماده ۵: به مستخدمینی که در هر ماه بیش از ۴ بار تأخیر یا تعجیل داشته باشند برای ماه اول و دوم اخطار کتبی و از ماه سوم ۳۰ درصد و برای ماه چهارم ۵۰ درصد و برای ماه پنجم صد در صد فوق العاده شغل مستخدم خاطی به مدت یک ماه کسر خواهد شد.

لازم به ذکر است در صورت عدم ارائه برگه پاس و همچنین عدم اطلاع رسانی مسئول مربوطه قبل از استفاده کارکنان این مهم غیبت تلقی شده و مشمول قانون مذکور خواهد شد.

\*\*\*\*\*

آنکس نامه مرخصیها :

فصل یکم: مرخصی استحقاقی: مستخدم از نخستین ماه خدمت به نسبت مدت خدمت به او مرخصی استحقاقی تعلق میگیرد معادل ماهی ۲/۵ روز و سالیانه ۳۰ روز میباشد. این امر در خصوص پرسنل قراردادی ماده ۲ تبصره ۴ استثناء بوده به این ترتیب که کل مرخصی سالیانه آنها ۲۶ روزه میباشد.

فصل دوم: مرخصی استعلاجی: هرگاه مستخدم بیمار شده و آن بیماری مانع از خدمت او میشود باید مراتب را در کوتاهترین زمان ممکن اطلاع دهد. کارگزین موظف است گواهی پزشکی معالج را به پزشک معتمد جهت اظهار نظر تحویل داده و پزشک معتمد قادر میباشد تا ۳۰ روز گواهی پزشکی را تأیید و بالاتر از مدت مذکور به کمیسیون پزشکی ارجاع داده میشود. بانوان باردار برای هر بار وضع حمل تا ۳ فرزند، از ۶ ماه استعلاجی زایمان بهره مند میشوند. و برای دوقلو زایی از ۸ ماه استراحت برخوردار خواهند شد.

فصل سوم: مرخصی بدون حقوق: استفاده از این نوع مرخصی موقوف به دوره خدمت میباشد و فقط در موارد زیر ممکن است:

۱ - مستخدم استحقاق مرخصی نداشته باشد.

۲ - مستخدم قصد ادامه تحصیل داشته باشد

۳ - مستخدم ناچار باشد به اتفاق همسرش به خارج از محل خدمت خود مسافرت کند

۴ - مستخدم پس از استفاده از ۴ ماه مرخصی استعلاجی سالیانه خود به سبب ادامه همان بیماری یا ابتلا به بیماری دیگر قادر به خدمت نباشد و بیماری او هم صعب العلاج تشخیص نشود.

آگهی نامه ذخیره مرخصی سالیانه :

فصل اول: پرسنل رسمی پیمانی : این مستخدمین فقط قادر به ذخیره ۱۵ روز مرخصی استحقاقی خود در طول سال می باشند و ۱۵ روز دیگر قابل ذخیره نمیباشد. این ذخیره با ذخیره مرخصی سالهای قبل جمع و در مواقع ضروری میتواند از آنها استفاده نموده و یا در پایان خدمت بصورت مالی محاسبه گردد.

فصل دوم: پرسنل قراردادی تبصره ۳ ماده ۲ : این پرسنل همانند پرسنل رسمی پیمانی میتوانند ۱۵ روز مرخصی استحقاقی سالیانه خود را ذخیره نمایند با این تفاوت که در پایان هر سال ذخیره مرخصی مشمولین باز خرید شده و مبلغ مالی به آنها پرداخت میگردد.

فصل سوم : پرسنل قراردادی تبصره ۴ ماده ۲: این گروه از مستخدمین در طی ۱ سال بمیزان ۲۶ روز میتوانند از مرخصی استحقاقی استفاده نمایند که فقط قادر به ذخیره ۹ روز در سال خواهند بود. ذخیره مرخصی اینان نیز در پایان هر سال باز خرید شده و مبلغ مالی بابت این امر دریافت خواهند نمود.

فصل چهارم: پرسنل مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پرسنل (ضریب K): پرسنل مشمول طرح میبایست مرخصی خود را بصورت تدریجی استفاده نموده و برای پایان خدمت ذخیره مرخصی نداشته باشد.

\*\*\*\*\*

مأموریت:

اعزام مأمور از یک ارگان برای کار اداری به صورتهای ذیل مطرح میباشد

مأموریت کمتر از یک روز: مأمور هنگامی که مقصد کمتر از ۳۰ کیلومتر را جهت انجام کار اداری طی کند به مأموریت اداری کمتر از یک روز ادغام میگردد. که بدون پرداخت فوق العاده ها صورت میپذیرد.

مأموریت اداری عادی: بند الف ماده ۱۱ قانون استخدامی در خصوص اینگونه مأموریت اعلام میدارد: جهت انجام مأموریت اداری بالای ۳۰ کیلومتر تا ۹۰ کیلومتر معادل مبلغ تعیین شده یک روز کاری فوق العاده مأموریت روزانه به آنها تعلق میگیرد.

مأموریت اداری بیتوته: بند الف ماده ۱۱ قانون استخدامی اعلام میدارد: جهت انجام مأموریت اداری بالای ۹۰ کیلومتر معادل مبلغ تعیین شده دو روز کاری فوق العاده مأموریت روزانه به آنها تعلق میگیرد

\*\*\*\*\*

تشویقها و تخلفات:

فصل اول: تخلفات اداری: تخلفات اداری شامل: اعمال و رفتار خلاف شئون شغلی یا اداری - نقص قوانین و مقررات مرتبط - ایجاد نارضایتی در ارباب رجوع - ایراد تهمت و افترا و هتک حیثیت - اخاذی - اختلاس - ترک خدمت در خلال ساعات موظف اداری - تکرار در تأخیر و تعجیل - خروج بدون کسب مجوز - سرپیچی از اجرای دستورات مقام بالاتر در حدود وظایف اداری - کم کاری و سهل انگاری در وظایف -

گرفتن وجوه یا اخذ هر گونه مالی که در عرف رشوه خواری تلقی میشود- استعمال یا اعتیاد به مواد مخدر و اختفا و نگهداری و خرید و فروش مواد - سوء استفاده از مقام و موقعیت شغلی - عضویت در تشکیلات فراماسونری. و ..... که در مرحله اول به خاطی بصورت شفاهی گوشزد گردیده ،در صورت تکرار یادآور و بعد آن بصورت تذکر بدون درج در پرونده و تکرار مجدد تذکر درج در پرونده پرسنلی و حراستی و در صورت تکرار به هیأت تخلفات جهت اخذ تصمیمات معرفی میگرددند.

فصل دوم : تشویقها :به منظور ارج نهادن به خلاقیت و ابتکارات و انجام صحیح وظایف محوله ،تواناییها - رفتارها -و خدمات محدوده شغلی پرسنل مورد تقدیر و تشویق از سوی مقامات ما فوق میگرددند که این امر شامل تشویقات کتبی درج در پرونده و یا مالی میگردد.

\*\*\*\*\*

### قوانین و ضوابط بیمه کارکنان دولت:

قرارداد بر اساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی و ضوابط اجرایی آن بین سازمان بیمه خدمات درمانی بعنوان بیمه گر و بیمه گزار منعقد میگردد . که بیمه گر جهت استفاده از خدمات درمانی مورد تعهد سازمان همواره از دفترچه بیمه خود استفاده مینماید. گروهی دیگر از کارمندان مشمول بیمه تأمین اجتماعی میباشد . که این بیمه گزار نیز طبق ضوابط خاص خود تعهد خدمات رسانی به بیمه گران خود را دارد . بیمه مکمل :این قرارداد بین موسسه درحال خدمت با بیمه گزار صورت میپذیرد که سالیانه بوده و پرسنل متقاضی میتوانند با پرداخت حق بیمه مکمل بصورت کسر از حقوق ماهیانه تحت پوشش این نوع بیمه بوده و قادر به تحت پوشش قراردادن پدر - مادر - همسر و فرزندان خود میباشد لازم به ذکر است اگر بیمه گر در صورت فوت والدین قیم و سرپرست خانواده از طرف دادگاه معرفی شده باشد ، میتواند خواهر و برادر خود را تحت پوشش قرارداد دهد.

دستگاه های عمومی دولتی طبق تصویب نامه شماره ۵۰۲۴/ت/۲۵۳ مورخ ۱۳۶۷/۴/۱۱ برای رفاه پرسنل با بیمه های حادثه و فوت کارکنان دولت و همچنین بیمه مکمل سالیانه قرارداد بسته و مبلغ تعیین شده ای از حساب حقوقی پرسنل تحت عنوان پرداخت حق بیمه کسر می گردد . ۱/۲ حق بیمه سالیانه توسط افراد بیمه شده و ما بقی آن از محل اعتبارات پرداخت می گردد

### قوانین و مقررات رفاهی

دولت موظف است اعتباری که هر ساله برای پرداخت عیدی به کارکنان خود تخصیص می دهد به طور مساوی به کلیه کارکنان خود پرداخت نماید. پرداخت هر گونه وجه دیگری تحت عنوان پاداش آخر سال و یا امثال آن به کارمندان خاص ممنوع می باشد.

- به دولت اجازه داده می شود به منظور تشویق پس انداز و حمایت از کارکنان دولت ، از طریق تامین اندوخته بنا به درخواست هر یک از مستخدمین شاغل (رسمی، ثابت، پیمانی ) حساب سپرده خاصی تحت عنوان حساب پس انداز سهم مستخدم در نظر گرفته شود که در پایان خدمت (بازنشستگی) به فرد تعلق می گیرد.
- به دولت اجازه داده می شود با توجه به گرانی مسکن نسبت به پرداخت کمک هزینه مسکن کارکنان طبق آیین نامه ای با همکاری وزارت امور خارجه و سازمان برنامه و بودجه وزارت امور اقتصادی و دارایی ماهیانه به مبلغ ۵۰۰۰۰۰ ریال به تصویب هیئت وزیران از محل اعتبارات مصوب دستگاه به پرسنل پرداخت گردد.
- موسسات دولتی و استخدامی کشور جهت رفاه حال کارکنان با بانکی که حقوق ماهیانه پرسنل در آنجا پرداخت می شود نمودند به تعداد افراد مشخصی تحت عناوین مختلف تسهیلات بانکی پرداخت نمایند.

- موسسات دولتی موظفند طبق بخش نامه شماره ۲۳۷۱۱/۱۸۹۹۳ مورخ ۱۳۸۱/۴/۲۶ پوشاک و کفش کارکنان تحت پوشش خود را با عنوان مواردی که تشویق، پاداش و کمک به کارکنان می باشد رأساً از انواع تولیدات داخل کشور تهیه و در اختیار آنها قرار دهند
- برای پرسنل اداری اضافه کاری طبق تایمکس محاسبه می شود.
- برای پرسنل فنی ساعت موظفی و اضافه کار طبق قانون ارتقاء بهره وری محاسبه می شود

### دستورالعمل بررسی ارتقاء رتبه های شغلی ( پایه ، ارشد ، خبره و عالی مدیران ، سرپرستان و کارمندان )

این مرحله ، قبلاً و بهنگام صدور احکام کارکنان در ابتدای سال ۸۸ به انجام رسیده است . اما جهت آگاهی بیشتر و کنترل صحت رتبه های مندرج در احکام تطبیق سال ۸۸ کارکنان ، مستندات قانونی مربوطه در ذیل آمده است . بدیهی است کلیه واحدها موظفند نسبت به مطابقت روند انجام گرفته با ضوابط یاد شده اقدام و در صورت وجود هر گونه مغایرت ، نسبت به اصلاح احکام صادر شده از تاریخ ۱/۱/۸۸ اقدام نمایند .

مرحله مقدماتی : تطبیق وضع کارمندان در رتبه های شغلی از تاریخ ۱/۱/۱۳۸۸

ضوابط مربوط به تطبیق وضع کارمندان در رتبه های شغلی

بند ۴ فصل دوم مصوبه شماره ۲۰۰/۱۴۵۹۳/۱ مورخ ۱۳۸۸/۲/۲۱ شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری :

الف : کارمندانی که در اجرای طرح مسیر ارتقاء شغلی ، موضوع تصویب نامه های شماره ۴۱۶۹ ت ۲۵۷۰۳/ ه مورخ ۲۳/۵/۸۱ ، ۲۵۵۲/ ت ۲۹۹۳۳ ه مورخ ۲۶/۱/۸۳ ، ۲۷۷۴/ ت ۳۰۳۹۷ ه مورخ ۲۹/۱/۸۳ هیأت وزیران و اصلاحات بعدی آن و دستورالعمل های مربوط ، از عناوین ارشد ، خبره و عالی برخوردار شده اند با همان عناوین در رتبه های جدول حق شغل قرار می گیرند .

ب : کارمندانی که در اجرای ماده (۸) قانون نظام هماهنگ پرداخت کارمندان دولت از ( ۸۰ درصد ) مجموع حقوق و فوق العاده شغل مشابه قانون اعضای هیأت علمی برخوردار شده اند ، متناسب با جدول مربوط ( ردیف ۱ - مربی ، ردیف ۲ - استادیار ، ردیف ۳ - دانشیار ) شناخته شده اند ، به ترتیب همتراز رتبه های ارشد ، خبره و عالی جدول حق شغل قرار می گیرند .

پ : کارمندانی که در شمول بندهای ( الف و ب ) قرار نمی گیرند ، بدو در رتبه مقدماتی قرار گرفته و به ازای هر ( ۶ ) سال سابقه خدمت تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه و یا ۱۰ سال تجربه غیر مربوط ، به یک رتبه بالاتر ارتقاء می یابند . کارمندان مشمول این بند در مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه پایه و در مشاغل سطح کارشناسی و بالاتر ، حداکثر تا رتبه ارشد ارتقاء می یابند .

ت : کارمندانی که در سال ۱۳۸۸ در دستگاههای اجرایی اشتغال می یابند در رتبه مقدماتی قرار می گیرند ، در صورتیکه این قبیل کارمندان دارای سابقه خدمت دولتی باشند ، بر اساس سوابق مذکور و به ازای هر ( ۶ ) سال سابقه خدمت دولتی تمام وقت با تجربه مربوط و مشابه ، به یک رتبه بالاتر ارتقاء می یابند ( مشاغل تا سطح کاردانی حداکثر تا رتبه ارشد ارتقاء می یابند ) . سنوات دولتی غیر مربوط این قبیل کارمندان برای ارتقاء به هر رتبه به میزان ( یک دوم ) قابل محاسبه خواهد بود .

مرحله اول - شناسایی کارکنان مشمول ارتقاء رتبه از طریق اطلاع رسانی ، بررسی احکام و ... و دریافت درخواست کتبی ارتقاء رتبه از متقاضی

مرحله دوم - کنترل سنوات و تجربه لازم برای ارتقاء رتبه ، آیا طبق ضوابط مربوط به ارتقاء کارمندان در جدول حق متقاضی تجربه لازم جهت ارتقاء به رتبه بالاتر را دارد ؟

چنانچه متقاضی فاقد تجربه لازم بود، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود.

مرحله سوم - کنترل امتیازات حاصل از ارزیابی عملکرد، آیا طبق بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء رتبه کارمندان در جدول حق شغل، متقاضی حداقل امتیازات لازم برای ارتقاء به رتبه بالاتر را کسب نموده است؟

چنانچه متقاضی فاقد امتیاز لازم بود، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود.

مرحله چهارم - کنترل دوره های آموزشی طی شده، آیا طبق بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء رتبه کارمندان در جدول حق شغل (جدول شماره ۳) متقاضی حداقل دوره های آموزشی مورد نیاز ارتقاء به رتبه بالاتر را طی نموده است؟

چنانچه متقاضی فاقد دوره آموزشی لازم بود، موضوع کتباً به متقاضی ابلاغ و از بررسی سایر شرایط خودداری شود.

نکته: برای ارتقاء به رتبه های خبره و عالی، ارائه مستندات تجربی فرد با شرایط مذکور در تبصره ۱ ماده ۳ دستورالعمل اجرایی ارزیابی عملکرد موضوع بخشنامه شماره ۱۱۹۴۲/۲۰ مورخ ۲۲/۵/۹۰ معاون محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری و بشرح زیر ضروری است

الف - مستند سازی تجربیات با بیان: - شرح وظایف و مسئولیت ها- مسایل و مشکلات شناسایی شده حال از تجربیات - راه حلها برای رفع مشکلات

ب - عناوین کتاب، مقاله، طرح، پروژه و ... در ارتباط با شغل مورد تصدی و بیان خلاصه ای از آنها

مرحله پنجم - ثبت اسامی واجدان شرایط ارتقاء رتبه و جمع آوری مدارک مربوطه و ارسال آنها به ستاد دانشگاه دو بار در سال

مدارک مورد نیاز برای بررسی ارتقاء رتبه کارکنان:

درخواست کتبی متقاضی ارتقاء رتبه (فرم شماره ۱۱)

تصویر برابر اصل شده فرم ارزیابی عملکرد دوره ارزیابی

تصویر برابر اصل شده گواهی دوره های آموزشی طی شده مربوط به دوره ارزیابی

تصویر برابر اصل شده آخرین حکم کارگزینی

تصویر برابر اصل شده حکم کارگزینی مربوط به احتساب سوابق تجربی غیر رسمی در صورت وجود

مدارک مربوط به مستندات تجربی

پس از انجام مراحل فوق و اطمینان از وجود همه شرایط برای ارتقاء رتبه متقاضی، می بایست نسبت به تکمیل و ارسال فرم شماره ۱۲ به همراه مدارک یاد شده به معاونت توسعه مدیریت و منابع اقدام گردد.

### نکته قابل توجه:

هر فرد یکبار در سال مجاز به درخواست ارتقاء رتبه و ارائه مدارک مربوطه به واحد خود بوده و واحدها نیز موظفند صرفاً طی دو نوبت (خرداد و آذرماه هر سال) درخواست های ارتقاء رتبه را به معاونت توسعه مدیریت و منابع ارسال نمایند.

ضوابط مربوط به ارتقاء کارمندان در رتبه های جدول حق شغل

قسمت ب بخشنامه شماره ۲۰۰/۵۵۵۸۸ مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۲۷ شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست جمهوری:

ب - نحوه ارتقاء کارمندان در رتبه های جدول حق شغل :

۱- شرایط ارتقاء رتبه کارمندان مشمول این ضوابط به شرح زیر می باشد :

مدت تجربه لازم برای ارتقاء رتبه متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی ، کارشناسی و بالاتر به شرح جدول زیر می باشد .

جدول شماره ۱ - ( مدت تجربه قابل قبول برای متصدیان مشاغل تا سطح کاردانی ، کارشناسی و بالاتر )

تبصره ۲ - برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ و استانهای خراسان شمالی ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و بویر احمد ، چهارمحال و بختیاری ، کردستان ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، هرمزگان ، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند به ازای هر یکسال سوابق تجربی ، ( از تاریخ ۱/۱/۱۳۸۸ به بعد ) ، ۲ سال ( کسر سال به نسبت ) ، قابل محاسبه خواهد بود .

جدول شماره ۲ : فهرست مناطق کمتر توسعه یافته استان قزوین طبق تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران

ادامه جدول شماره ۲ : فهرست مناطق کمتر توسعه یافته استان قزوین طبق تصویب نامه شماره ۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران

۲- عوامل ارزیابی کارمندان برای ارتقاء رتبه شغلی به شرح زیر می باشد :

تبصره - ارزیابی کارمندان و نحوه تخصیص و تعیین امتیازات مندرج در جدول عوامل موضوع این بند بر اساس ضوابطی است که از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور ابلاغ می شود .

توضیح : ضوابط مربوط به ارزیابی کارمندان و نحوه تخصیص امتیازات مندرج در عوامل موضوع این بند از سوی معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور تنظیم و ابلاغ گردیده است که موضوع طی نامه شماره ۸۵۳۱۸/۲۸ مورخ ۲۵/۱۲/۹۰ به کلیه واحدهای تابعه دانشگاه ارسال شده است .

۳- برای ارتقای کارمند به یک رتبه بالاتر ، علاوه بر رعایت مفاد بندهای ۱ و ۲ قسمت (( ب )) تحقق شرایط زیر الزامی است :

۳-۱ - برای ارتقاء به رتبه پایه : ۱- کسب حداقل ۶۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ - ۲- گذراندن ۳۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام

آموزشی کارمندان دولت

۳-۲ - برای ارتقاء به رتبه ارشد:

۱- کسب حداقل ۷۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ - ۲- گذراندن ۲۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳-۳ - برای ارتقاء به رتبه خبره:



- ۱- کسب حداقل ۸۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲ ۲- گذراندن ۲۰۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت
- ۳- کسب رتبه خبره برای کارمندان مستلزم تأیید کمیته موضوع بند ۵ فصل سوم بخشنامه شماره ۱۴۵۹۳/۲۰۰ مورخ ۲۱/۲/۱۳۸۸ معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور با حضور نماینده معاونت مذکور خواهد بود.

۳-۴ - برای ارتقاء به رتبه عالی

- ۱- کسب حداقل ۹۰ امتیاز از نمره ارزیابی جدول بند ۲

۲- گذراندن ۱۵۰ ساعت دوره آموزشی در چارچوب نظام آموزشی کارمندان دولت

۳- کسب رتبه عالی برای کارمندان مستلزم ارسال مدارک از سوی دستگاه اجرایی و تأیید کمیته تخصصی نظام شغلی شورای توسعه

مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور می باشد .

تبصره ۱ - برای شاغلین مشاغل کاردانی و بالاتر و یا همتران آنها که در مناطق کمتر توسعه یافته موضوع فهرست تصویب نامه شماره

۷۶۲۹۴/ت ۳۶۰۹۵ هـ مورخ ۱۰/۴/۱۳۸۸ هیأت وزیران و استانهای خراسان شمالی ، خراسان جنوبی ، کهگیلویه و بویر احمد ، چهارمحال و

بختیاری ، کردستان ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، هرمزگان ، خوزستان و ایلام خدمت می نمایند ، برای ارتقاء به رتبه های شغلی پایه ، ارشد

، خبره ، عالی به ترتیب نیازمند ۵۰ ، ۶۰ ، ۷۰ ، ۸۰ امتیاز ( موضوع جدول بند ۲ ) می باشد .

توضیح : برای راحتی کنترل امتیازات و دوره های آموزشی لازم برای ارتقاء رتبه ، ج دول زیر بر اساس بند ۳ قسمت ب ضوابط مربوط به ارتقاء

کارمندان در رتبه های جدول حق شغل تنظیم گردیده است .

## منابع:

- ۱ - دستورالعمل اجرای برنامه پزشک خانواده در شهر، نسخه ۰۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲ - دستورالعمل تزریقات ایمن، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تالیف فرناز مستوفیان
- ۳ - استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان در ایران، تالیف دفتر اعتبار بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۴ - صدقیانی، ابراهیم. "سازمان و مدیریت بیمارستان"، جهان رایانه، تهران، ۱۳۷۷. ص ۲۷.
- ۵ - آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی، گروه حاکمیت بالینی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- ۶ - قوانین و مقررات اداری و استخدامی، شرکت تعاونی سازمان معین ادارات، با آخرین اصلاحات، سال ۸۴

- 7- <http://medcare.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=۳۱۲&pageid=۳۹۰۶۴>
- 8- <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34985>
- 9- <http://bzhc.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=183&pageid=12112>
- 10- <http://hosamir.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=340&pageid=34809>
- 11- <http://hosamir.qums.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=340&pageid=34809>
- 12- [http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC\\_HEALTH\\_EBOOK/04\\_07.htm](http://www.elib.hbi.ir/persian/PUBLIC_HEALTH_EBOOK/04_07.htm)
- 13- [http://www.pyrogen.co.ir/index.php?option=com\\_content&view=article&id=139:1389-09-10-06-58-49&catid=40:1389-08-13-07-43-55&Itemid=130](http://www.pyrogen.co.ir/index.php?option=com_content&view=article&id=139:1389-09-10-06-58-49&catid=40:1389-08-13-07-43-55&Itemid=130)
- 14- <http://www.bohraan.com/NewsDetail.aspx?itemid=680>
- 15- <http://farhangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=94&pageid=27907>
- 16- <http://www.jmu.ac.ir/index.aspx?siteid=6&pageid=413>
- 17- [www.sbm.ac.ir](http://www.sbm.ac.ir)